

# Planes de Recursos Humanos y Atención Primaria de Salud: Desafíos para la Coordinación Intersectorial y Social



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



alianza mundial  
en pro del personal  
sanitario

Con la colaboración de:  
los Ministerios de Salud de Brasil y El Salvador



# Planes de Recursos Humanos y Atención Primaria de Salud: Desafíos para la Coordinación Intersectorial y Social

---



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS)



GLOBAL HEALTH WORKFORCE ALLIANCE (GHWA)



MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL



MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud.

“Planes de Recursos Humanos y Atención Primaria de Salud: Desafíos para la Coordinación Intersectorial y Social”.

Washington, D.C.: OPS, © 2011. 226 pág.

ISBN 978-92-75-33161-3

I. Título

1. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD – recursos humanos
2. DIRECTRICE PARA LA PLANIFICACIÓN EN SALUD
3. RECURSOS HUMANOS
4. PLANIFICACION SOCIAL
5. ACCIÓN INTERSECTORIAL
6. GESTIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL
7. PLANES NACIONALES DE DESARROLLO

NLM W76

Diseño y diagramación: Matilde E. Molina

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2010

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

INTRODUCCIÓN.....	V
PRIMERA PARTE.....	1
CAPÍTULO 1. IMPORTANCIA DE LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL Y SOCIAL PARA LA PLANIFICACIÓN .....	1
Construyendo la Esperanza: La Transformación del Sistema de Salud y las Políticas de Recursos Humanos en El Salvador (Dra. María Isabel Rodríguez, El Salvador) .....	3
La Coordinación Intersectorial y la Construcción de Planes Sustentables (Dr. Charles Godue, OPS).....	10
La Colaboración y Coordinación entre Sectores y Actores: El Rol de la Alianza Global en Pro del Personal de Salud (Dr. Hirostsugu Aiga, GHWA) .....	13
Reflexión sobre los Principales Hallazgos de los Estudios de País (Dr. Carlos Rosales, OPS) ..	16
Lecciones de los Estudios de Caso sobre Intersectorialidad (Dr. Hugo Mercer, GHWA) .....	19
Capacidad de Gobierno y Gobernabilidad para la Gestión de las Políticas Públicas de Recursos Humanos (Dr. Pedro Brito, OPS) .....	22
CAPÍTULO 2. CONSTRUYENDO UNA AGENDA TEMÁTICA PARA LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL ..	29
Salud y Finanzas .....	31
Salud y Trabajo .....	34
Salud y Educación.....	36
CAPÍTULO 3. COMPROMISO DE SAN SALVADOR: DESARROLLO DE LOS PLANES DE RECURSOS HUMANOS EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	41
SEGUNDA PARTE .....	45
ESTUDIOS DE PAÍSES SOBRE PLANES DE RECURSOS HUMANOS Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: DESAFÍOS PARA LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL Y SOCIAL .....	45
Metodología de los Estudios .....	47
Estudio de Bolivia.....	49
Estudio de El Salvador .....	74
Estudio de Guatemala.....	94
Estudio de Honduras.....	130
Estudio de Paraguay .....	155
Estudio de Perú.....	179
ANEXO 1: AGENDA DEL TALLER .....	217
ANEXO 2: LISTA DE PARTICIPANTES DEL TALLER .....	221

# Introducción

---

La presente publicación recoge las ponencias presentadas en el taller sobre Planes de Recursos Humanos y Atención Primaria de Salud: Desafíos para la Coordinación Intersectorial y Social, realizado en San Salvador, entre el 4 y el 6 de mayo de 2010, organizado por la Alianza Global en Pro del Personal Sanitario (Global Health Workforce Alliance, GHWA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en colaboración con los ministros de Salud de El Salvador y Brasil<sup>1</sup>.

El taller forma parte del esfuerzo por realizar cambios prioritarios en la situación del personal de salud en países de América Latina, en el marco de los acuerdos tomados en la Conferencia Sanitaria Panamericana en 2007. En ella se definieron las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015, dentro de la transformación de los sistemas de salud hacia la renovación de la Atención Primaria en Salud (APS) y la integración de los servicios.

El material recopilado recoge el análisis de la situación en que se encuentra el desarrollo de los planes de recursos humanos en países seleccionados por sus mayores dificultades para cumplir con las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Asimismo, recupera algunas discusiones y acuerdos que se han realizado con el propósito de mejorar las prácticas de coordinación entre los ministerios de Salud y sus contrapartes en Finanzas, Trabajo y Educación, para hacer viables los planes de recursos humanos para la salud, y algunos proyectos financiados por la cooperación internacional tendientes a mejorar la situación de los recursos humanos en tres países de la Región.

Esta temática, de mejoramiento de la situación de los recursos humanos para la salud, se enmarca, a su vez, dentro del trabajo de la GHWA. La Alianza fue creada en el año 2006, en el contexto del Informe Mundial de la Salud “Trabajando Juntos para la Salud”, como plataforma global de acción para enfrentar la crisis de recursos humanos para la salud y con el interés particular para los 57 países que la OMS ha identificado como los que padecen de un déficit crítico de recursos humanos. GHWA realizó en Kampala, Uganda, el primer Foro Global de Recursos Humanos para la Salud, en Marzo 2008, dando origen a la Declaración de Kampala y a su Programa de Acción Global. Asimismo, ha venido promoviendo

---

1. Ver Compromiso de San Salvador: Desarrollo de los Planes de Recursos Humanos en el Contexto de la Atención Primaria de Salud, firmado en San Salvador, el 6 de mayo de 2010, disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2798&Itemid=2054&lang=es#Propositodeltaller](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2798&Itemid=2054&lang=es#Propositodeltaller).

buenas prácticas para el desarrollo de planes de recursos humanos por parte de los países, con énfasis en los procesos de coordinación entre actores interesados. En preparación del 2<sup>do</sup> Foro Global de Recursos Humanos para la Salud, que se realizará en Bangkok, en enero del 2011, se han efectuado una serie de reuniones sobre este tema en África y Asia.

El proceso de Colaboración y Facilitación de País (Country Collaboration and Facilitation, CCF), desarrollado por la Alianza, tiene su origen en la Declaración de Kampala y en el Programa Global de Acción, así como en el documento estratégico de la Alianza “Hacia adelante luego de Kampala” (Moving Forward from Kampala). El CCF identifica oportunidades de trabajo conjunto entre socios, miembros, entidades regionales y otras partes interesadas en los países en forma coordinada, colaborativa y participativa bajo los principios y la umbría de la GHWA, a fin de desarrollar acciones específicas que requiere la crisis de recursos humanos en los países.

En el marco de este proceso, los ministros de salud de América Latina adoptaron, el 3 de junio del 2007, en la ciudad de Panamá, la Agenda de Salud Para las Américas 2008-2017. Ésta constituye un compromiso colectivo para alcanzar los mejores niveles de salud y de bienestar posibles para las poblaciones de la región. De las ocho áreas de acción identificadas, la séptima refiere al aumento de la protección social y del acceso a servicios de salud de calidad y, la octava, al fortalecimiento de la gestión y del desarrollo de las personas que trabajan para la salud.

Ambas áreas de acción son profundamente relacionadas. La voluntad política de alcanzar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud, mediante la estrategia de Atención Primaria de Salud se enfrenta, en su operacionalización, a problemas históricos y complejos de escasez de personal de salud con los perfiles y las competencias requeridos, de concentración del personal existente en las áreas urbanas y de mayor ingreso, y con una motivación, una productividad y un desempeño insuficientes. Esta situación tiene dimensiones de crisis en los países con mayores niveles de inequidades sociales y de pobreza.

Las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015, adoptadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana en 2007, identifican en este contexto cambios prioritarios en la situación del personal de salud para el desarrollo de sistemas de salud basados en la APS y con cobertura universal. En la actualidad, muchos países de la región están involucrados en la medición de los indicadores de las 20 metas propuestas y en su monitoreo. Del ejercicio de medición se espera obtener insumos útiles para la revisión de planes de recursos humanos en marcha o para el diseño de nuevos planes. El ejercicio promueve la

cooperación entre los países, en la búsqueda de estrategias innovadoras a problemas comunes.

Una estrategia considerada como indispensable en el diseño de planes de recursos humanos es la coordinación entre los actores interesados, como lo ha venido promoviendo la Iniciativa Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud desde 1999. Desde la perspectiva del rol rector de la autoridad sanitaria, una dimensión crítica de su responsabilidad es la coordinación con otros sectores de gobierno para la construcción de políticas y planes sostenibles de recursos humanos. Sin embargo, existe la percepción de que la coordinación desde el Sector Salud con otros sectores clave como son Educación, Finanzas y Trabajo es limitada y carece, en muchos casos, de mecanismos institucionalizados para asegurar su efectividad.

Un paso adelante en la dirección de esta coordinación fue dado por los representantes de los ministerios de Salud, Educación, Trabajo y Hacienda, y del Servicio Civil, de parlamentos, instituciones profesionales y de la sociedad civil, procedentes de Brasil, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Honduras, Guatemala, Paraguay y Perú, quienes, con motivo del taller realizado en San Salvador, firmaron, el 6 de mayo de 2010, el “Compromiso de San Salvador para el Desarrollo de los Planes de Recursos Humanos en el Contexto de la Atención Primaria en Salud”.

El compromiso se basa en el derecho a la salud y al fortalecimiento de sistemas de protección social, y señala la voluntad de cooperar para: Construir capacidades de gobierno, promover una cultura de diálogo, fortalecer mecanismos institucionales de intercambio de información y análisis, profundizar el desarrollo institucional, desarrollar sistemas gerenciales integrados de información sobre recursos humanos, intercambiar experiencia y recursos, aprovechar conjuntamente las posibilidades de apoyo y cooperación entre países y con organizaciones internacionales. Todo para favorecer el desarrollo 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 en Salud<sup>2</sup>.

El propósito del taller realizado en San Salvador, fue contribuir al fortalecimiento de la rectoría de la autoridad nacional de salud, en el desarrollo de planes de recursos humanos para la Atención Primaria de Salud, mediante la adopción de estrategias y mecanismos de relación y coordinación con sectores clave de gobierno y otros entes interesados.

---

2. Ver Compromiso de San Salvador: Desarrollo de los Planes de Recursos Humanos en el Contexto de la Atención Primaria de Salud, firmado en San Salvador, el 6 de mayo de 2010, disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2798&Itemid=2054&lang=es#Propositodeltaller](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2798&Itemid=2054&lang=es#Propositodeltaller).

El taller se dirigió a los países de América Latina con mayores dificultades para cumplir con las 20 Metas Regionales de Recursos Humanos Para la Salud y con la cobertura universal de servicios.

Los objetivos fueron:

- Analizar la situación del desarrollo de los planes de recursos humanos dentro de la transformación de los sistemas de salud, hacia la renovación de la atención primaria y la integración de los servicios.
- Identificar los temas prioritarios de una agenda de trabajo entre el Sector Salud y los sectores de Finanzas, Trabajo y Educación, para el desarrollo de los planes de recursos humanos.
- Caracterizar las prácticas de relación entre los ministerios de Salud y sus contrapartes en Finanzas, Trabajo y Educación, en la construcción de viabilidad de los planes de recursos humanos.
- Identificar los principales aciertos y problemas, caracterizar las buenas prácticas y formular recomendaciones para el fortalecimiento del trabajo intersectorial en el desarrollo de los planes.

Los países invitados al taller fueron Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú. Cada país tuvo una delegación de cuatro a seis participantes, directivos de alto nivel de los ministerios de Salud, Educación, Finanzas y Trabajo, vinculados con los planes de recursos humanos para la salud. Los participantes adicionales se eligieron, dependiendo de cada contexto, de asociaciones o instituciones académicas, de institutos de seguridad social o de instituciones privadas empleadoras de personal de salud. Como país colaborador a la organización del evento, Brasil tuvo su propia delegación.

La identificación de los integrantes de las delegaciones de cada país, se hizo en estrecha consulta con las autoridades del Ministerio de Salud. Se propuso que el Ministro de Salud, en coordinación con el representante de la OPS en el país, convocaran a sus contrapartes de los ministerios de Educación, Finanzas y Trabajo, para informarles del taller de análisis y para comunicarles su interés en fortalecer la coordinación intersectorial, para viabilizar los planes de recursos humanos y para identificar los participantes idóneos de cada ministerio. GHWA y OPS apoyaron técnicamente y económicamente la realización de estudios de caso en los países participantes, los cuales fueron objeto de presentación y discusión en el taller. Para la realización de los estudios se diseñó una metodología común, que debía ser aplicada con la flexibilidad para explorar dimensiones de interés particular en cada país.



El Taller fue diseñado como una oportunidad para los ministerios de salud de los países participantes para profundizar la relación y precisar una agenda de trabajo con los sectores de gobierno convocados. Se esperaba que el intercambio de experiencias entre los distintos países contribuyera a mejorar los mecanismos de coordinación para enfrentar problemas críticos de RHS y hacer posible el desarrollo de la APS.

La OPS/OMS aportó un análisis de situación regional sobre las agendas temáticas, los mecanismos y los problemas de cooperación intersectorial en recursos humanos. Este análisis constituyó un insumo importante para la formulación y validación de estrategias de cooperación técnica.

El taller fue la primera actividad de importancia de la GHWA en la Región de las Américas. Sus productos servirán de insumos para el 2<sup>do</sup> Foro Global de Recursos Humanos para la Salud que se realizará en Bangkok, Tailandia, en enero del 2011.



PRIMERA PARTE

---

CAPÍTULO 1

IMPORTANCIA DE LA COORDINACIÓN  
INTERSECTORIAL Y SOCIAL PARA  
LA PLANIFICACIÓN

Construyendo la Esperanza: La Transformación del Sistema de Salud y  
las Políticas de Recursos Humanos en El Salvador

*Dra. María Isabel Rodríguez*  
*Ministra de Salud de El Salvador*

La Cooperación Intersectorial y la Construcción de Planes Sustentables

*Dr. Charles Godue*  
*Coordinator del Proyecto de Recursos Humanos del Área  
de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria, OPS*

La Colaboración y Coordinación entre Sectores y Actores:  
El Rol de la Alianza Global en Pro del Personal de Salud

*Dr. Hirotsugu Aiga*  
*GHWA*

Reflexión sobre los Principales Hallazgos de los Estudios de País

*Dr. Carlos Rosales*  
*OPS*

Lecciones de los Estudios de Caso sobre Intersectorialidad

*Dr. Hugo Mercer*

Capacidad de Gobierno y Gobernabilidad para la Gestión  
de las Políticas Públicas de Recursos Humanos

*Dr. Pedro Brito*

# Construyendo la Esperanza: La Transformación del Sistema de Salud y las Políticas de Recursos Humanos en El Salvador

---

DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ  
*Ministra de Salud de El Salvador*

Esta presentación es el producto del esfuerzo que hemos estado haciendo desde el 1 de junio de 2009 hasta la fecha. La coyuntura política generada por el acceso al poder de las fuerzas democráticas, relegadas por muchas décadas, permitió abrir las puertas a la transformación del Sistema Público de Salud de El Salvador. Esta apertura pública en el campo de la salud, fue precedida por un intenso debate. Las fuerzas sociales no estuvieron quietas durante los períodos difíciles, sino que nuestra propuesta fue enriquecida por el aporte, tanto de las nuevas experiencias que pudieron desarrollarse en este país como, además, de los pensadores de la salud pública y la salud internacional, que contribuyeron a elaborar propuestas en circunstancias adversas y complejas para el país. En El Salvador esas circunstancias complejas permitieron la hegemonía de fuerzas determinadas por el empeño de anteponer el beneficio económico por sobre el interés social, incidiendo negativamente en los sistemas de salud.

Las actuales autoridades hemos contado con la solidaridad tanto nacional como internacional para el impulso de esta reforma, pero además, con la posición comprometida del Presidente de la República que, durante la campaña y también como Presidente Electo, declaró que la salud es un bien público, un derecho humano fundamental y un componente inherente de la estrategia de desarrollo del país. El Presidente planteó: “Mi primer compromiso con el pueblo salvadoreño y la comunidad internacional es hacer de la salud una de las áreas prioritarias de mi gestión gubernamental”.

Quisiera que pensáramos juntos, quienes nos hemos visto enfrentados a un proceso de reforma como éste, que la respuesta a un compromiso de este tipo no es sencilla, en especial en un país como el nuestro donde encontramos condiciones de salud sumamente deterioradas. Las principales características con que encontramos nuestro sistema de salud son:

- Baja inversión social.
- Inequidades sociales a nivel global y en salud en particular (El Salvador es uno de los países más inequitativos en el subcontinente y en el planeta).
- Desmantelamiento prolongado y deliberado de los servicios de salud, para estimular el crecimiento del sector privado.

- Precariedad de la población, y por consiguiente, tensión y conflicto social.
- Enfermedades de la pobreza, epidemias nuevas y re-emergentes.
- Enfermedades crónico-degenerativas y lesiones de causa externa.
- Desabastecimiento y altos precios de los medicamentos.
- Problemas relacionados con salud sexual y reproductiva: embarazo adolescente, ETS.
- Problemas relacionados con la salud mental: depresión, suicidios, adicciones.
- Baja cobertura del Instituto Salvadoreño de Seguro Social, con bajos niveles de solidaridad con el resto de la población, que profundiza inequidades.
- Mecanismos débiles de participación comunitaria.
- Pobre énfasis en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación.
- Sistema Nacional de Salud altamente segmentado y fragmentado.

Este diagnóstico, nos ha planteado la necesidad de hacer pública esta realidad, una realidad que era conocida, pero que no era enfrentada.

El proceso de cambio que estamos impulsando significa en El Salvador hablar de un proceso de reforma, que dé respuesta a las dramáticas condiciones de salud, en un contexto de injusticia y desigualdad.

Entonces, el principal desafío será definir qué es lo nuevo que proponemos, que no puede ser una receta más, que no será un maquillaje al sistema como otras reformas que se han quedado en la declaración. Esto nos obliga a pensar, qué es lo que garantiza que un proceso de reformas como este tenga éxito.

Al respecto es importante recordar las grandes convenciones y declaraciones relacionadas con los recursos humanos en salud de las que El Salvador ha sido signatario.

El primer intento de planificación de recursos humanos en el continente fue la reunión de Punta del Este, Uruguay, en 1961, que buscó ser una respuesta a la crisis de la época, marcada entre otros procesos, por la revolución cubana. Se trató de construir una propuesta de desarrollo económico y social para las Américas. En recursos humanos hubo una respuesta eminentemente cuantitativa, además de las iniciativas de extensión de cobertura de los médicos. Pero se hizo muy poco.

Luego, en Chile en 1972, bajo la presidencia de Salvador Allende se formula el Plan Decenal de Salud de las Américas, que avanza en recomendar el desarrollo, en cada país, de un proceso de planificación de recursos humanos. En El Salvador, estas recomendaciones fueron interpretadas de acuerdo a la concepción política, económica y social de las dirigencias de turno.

Lo anterior lo confirma la Declaración de Alma Ata en 1978, con la meta de salud para todos. Esta declaración fue mal interpretada por muchos, no como una atención integral, sino como la forma de atender a la población pobre con atención pobre, lo que Mario Testa llamó “Atención Primitiva”.

Luego, todos asistimos a las reformas de los años 90, orientadas por los programas de ajuste estructural de los organismos financieros internacionales, lo que se tradujo en una APS selectiva, concebida sólo como primer nivel de atención y con fuertes restricciones en el gasto en salud y desmantelamiento de los sistemas de salud. Nuestros hospitales públicos se convirtieron en mendigos de los sistemas privados.

En este contexto, la situación del Sistema de Salud salvadoreño a julio de 2009, era al siguiente:

- Baja inversión en salud, presupuestos históricos, pago por servicios en el sistema público (“cuotas voluntarias”).
- Incremento del gasto de bolsillo en salud de la población de bajos recursos.
- Pobre cobertura de los servicios (menos del 40% de la población era cubierta por servicios públicos que debían cubrir aproximadamente el 80% de la población).
- Sistema segmentado, fragmentado, descoordinado e inequitativo.
- Baja capacidad resolutoria en todos los niveles.
- Sector privado desregulado, con participación social débil.
- Proliferación de programas verticales.
- RHS: poca mística y motivación del personal, poco compromiso con los cambios, desintegración de los campos de educación/salud/trabajo/ciencia y tecnología, sin educación permanente, personal insuficiente y con una distribución caótica.
- Infraestructura insuficiente y deteriorada, sin planificación armónica.
- Medicamentos: abastecimiento, suministro y almacenamiento inadecuados. Rectoría compartida, altos precios en el sector privado.

- Sistema de información: fragmentado, sin poderse usar para la toma de decisiones.
- Ausencia de un sistema de emergencias médicas y desastres.
- Cooperación internacional: débil rectoría, alta fragmentación y yuxtaposición de iniciativas.

Frente a esta situación, una primera definición del nuevo gobierno fue precisar que la salud es una tarea colectiva. Como tal, se ha iniciado un esfuerzo para realizar un foro consultivo que nos permita vislumbrar cuáles son los principales desafíos. La salud es una tarea en la que todas y todos podemos contribuir. La población debe ser parte activa y permanente en la construcción y ejecución de la nueva política de salud.

Para cumplir con estos propósitos, nuestra respuesta se basa en los siguientes ejes:

- Rechazo a la mercantilización. La salud es un bien público y un derecho humano.
- Reorientar el Sistema Nacional de Salud en función de la estrategia de APS integral.
- Fortalecimiento de la organización comunitaria, la participación social y el trabajo intersectorial.
- Desempeño eficiente de los servicios de atención a la salud-enfermedad.
- La reforma de salud como respuesta estratégica del Gobierno de El Salvador a nuestras aspiraciones.

Garantizar el derecho a la salud de todos es una obligación pública. Quizás lo que mejor expresa esta idea es lo planteado por el Dr. Florentino García, que describe el Sistema Único de Salud como “la concreción de los esfuerzos conjugados de intelectuales, investigadores, docentes y trabajadores de salud y la sociedad en su conjunto”. Entonces, nuestra apuesta estratégica, que trata de garantizar el derecho a la salud de toda la población salvadoreña, propone los siguientes procesos:

- Reorganización de la red pública de servicios de salud, de amplia resolutivez y cobertura universal.
- Participación de la población en la construcción del nuevo sistema y en su contraloría social.
- Configuración de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas.
- Sistema de información único.

- Listado unificado de medicamentos esenciales, garantizando adquisición, distribución, prescripción, dispensación y uso racional.
- Funcionamiento unificado de laboratorios de control de calidad, banco de sangre, laboratorios clínicos y otros.
- Acreditación de establecimientos de salud en todos los niveles.
- Regulación efectiva del sector privado.
- Estrategias conjuntas de financiación de recursos compartidos.
- Amplio desarrollo científico y tecnológico.
- Apoyo al fortalecimiento del Foro Nacional de Salud.

La construcción de la red surge como un esfuerzo nacional para acabar con el caos del sistema generado por hospitales y unidades construidas sin una visión de conjunto y sin una adecuada relación entre ellos. Así, es fundamental definir qué entendemos por una red integrada de servicios de salud. Quizás la mejor forma de expresarlo, sea decir que cada ladrillo, cada cama, cada equipo que se añada al sistema, es parte de un armónico desarrollo de un sistema integrado al servicio de la sociedad.

Este nuevo diseño es integral e integrado, basado en la estrategia de Atención Primaria y en el modelo de redes integradas de los servicios de salud, con fortalecimiento institucional para mejorar la capacidad de respuesta del primer nivel de atención y de los otros niveles.

Los atributos del modelo de atención son la universalidad de la atención, centrada en la familia, con énfasis en determinantes sociales, con acciones intersectoriales definidas para el abordaje de los problemas locales, funcionado en redes integradas que garanticen la atención adecuada en todo el sistema y una adecuado sistema de referencia y retorno, con el enfoque democrático participativo que tienen los consejos locales, con una programación local integrada y educación permanente para todos las categorías técnicas y profesionales de la la red.

Todos compartimos que la piedra angular de una reforma y, en general, del Sistema de Salud son los recursos humanos, o el personal, o la fuerza de trabajo, o como quieran llamarse de acuerdo a la concepción de cada uno. Lo fundamental es que esas personas que han asumido una responsabilidad en la atención de salud, deben tener clara conciencia de para qué sirve el conocimiento que han adquirido y hacia dónde debe estar dirigido. Por eso, resulta imprescindible un programa permanente de desarrollo del personal. Si no logramos crear conciencia en el personal y no mantenemos un programa de educación permanente en salud, todos nuestros esfuerzos serán estériles.



Cuando se enfrentan estos desafíos es muy importante comprender qué es lo que ha dejado el profundo deterioro que una parte del personal de salud ha tenido a lo largo de muchas décadas, que los vuelve insensibles al dolor humano, incapaces de responder a las situaciones que se plantean.

En El Salvador estamos viviendo un problema de migración en enfermería, debido a la cruel presión, o mejor dicho, a la compra privada de enfermeras. Existe una universidad privada cuyo principal objetivo es formar profesionales de exportación. Nuestra posición nos obliga a dimensionar las proporciones del problema y a buscar caminos de solución, en donde la universidad y el sector de ciencia y tecnología deben jugar un papel fundamental para enfrentar el problema de migración, pero también para resolver la distribución de personal en lugares alejados y con mayor necesidad de atención profesional. La solución a estos problemas debe coincidir con estímulos que el propio nivel central debe crear.

Debemos recalcar la importancia de una adecuada y sólida formación y redistribución del personal de salud, del desarrollo de reglas claras que garanticen la igualdad de oportunidades, de la extensión de la presencia, no sólo de los servicios, sino también de la universidad. Por otra parte, nuestras políticas públicas también deben considerar que la fuerza laboral está constituida por personas que han decidido, individual y colectivamente, dedicar su vida a prestar servicios de salud, por lo que requieren también de un desarrollo personal y familiar importante.

Uno de los principales retos que plantea el adecuado mantenimiento de una buena red pública de salud es lo que se refiere a los recursos con los que cuenta el sistema y los que deben incorporarse. Los recursos financieros requeridos para reducir la enorme brecha que actualmente tenemos en la relación número de trabajadores de salud-población son importantes para el país y, por lo tanto, su obtención durante el quinquenio representará la concreción de un esfuerzo nacional alrededor de salud.

Por su parte, el personal de salud que ya está en el sistema debe ser involucrado en una nueva mística de trabajo. Estos esfuerzos no sólo están relacionados con el financiamiento o con la búsqueda de nuevas plazas, el reto es incluir al personal en esta mística marcada por este nuevo compromiso, por una nueva forma de responder a las demandas creadas por nuevas responsabilidades. El éxito del compromiso va a depender de que el personal esté completamente identificado con las demandas que plantea el sistema, desde el promotor de salud hasta el médico especialista.

Pienso que estamos cerca de impulsar la organización que por largos años vienen demandando nuestras comunidades, creemos estar cerca de la ansiada

meta de responder a la población, particularmente a esa población más vulnerable e históricamente abandonada, y a darle una respuesta técnica, humana y solidaria, para que por fin pueda disponer de los servicios de salud largamente anhelados, que la propia Constitución les concede por derecho.

Por eso, esta reunión que nos invita a unir esfuerzos de coordinación entre salud, educación, finanzas y trabajo podría ser el camino para que nos unamos en la búsqueda de esa respuesta.

# La Coordinación Intersectorial y la Construcción de Planes Sustentables

---

DR. CHARLES GODUE

*Coordinador del Proyecto de Recursos Humanos del Área del Sistema de Salud basado en la Atención Primaria, OPS*

Al iniciar esta reunión, nos parece de la mayor importancia destacar el creciente interés que el tema de los recursos humanos ha ido adquiriendo en la agenda pública de los países. Este fenómeno ha hecho necesario profundizar las acciones de cooperación en la región, lo que se ha materializado en el establecimiento de dos importantes alianzas que han permitido movilizar recursos técnicos en apoyo a las iniciativas de los países. Una ha sido con Brasil y otra con Canadá. En este contexto, el apoyo de la cooperación canadiense ha sido fundamental para la realización de esta reunión.

El abordaje de los principales desafíos que nos convocan en este encuentro requiere que nos preguntemos sobre cuál ha sido el camino que se ha recorrido en esta década en materia de Recursos Humanos de Salud y en qué etapa del debate nos encontramos en materia de planes, y de desarrollo. En este sentido, la reunión de Toronto, del 2005 marca un salto cualitativo en la evolución de este tema, donde los países de la región identifican cinco desafíos comunes, que constituyen una plataforma de acción para una década de recursos humanos. La finalización de la década el año 2015, marca una coincidencia con los objetivos del milenio y permite vislumbrar una relación entre los Recursos Humanos, la situación de salud y la cobertura de servicios, que además, se refuerza con el Informe Mundial de la Salud de 2006.

Entre 2005-2007 se realiza un proceso de consulta regional sobre la renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. El documento en donde se define la política de OPS sobre la APS, se convierte en el norte de la renovación de recursos humanos en su dimensión estratégica. Más recientemente se desarrolla una propuesta de operacionalización de APS, en la que se incorpora el concepto de redes integradas de salud para la dirección estratégica de los planes.

La Conferencia Panamericana de la Salud de 2007 señala 20 metas para el 2015, ordenadas por los cinco desafíos del “Llamado a la Acción de Toronto”. Estas metas, que permiten alimentar los debates en la construcción de planes de recursos humanos y buscan lograr que haya coherencia con la propuesta de atención basada en la atención primaria, requieren de una contextualización en cada país. Por otra parte, para los planes de recursos humanos, las 20 metas cumplen el mismo objetivo orientador que los desafíos de Toronto cumplen para

las orientaciones de política. El ejercicio que cada país realiza para saber cuál es el nivel de desarrollo frente a cada meta propuesta, requiere la identificación de determinados indicadores de monitoreo en la lógica de responder a dónde vamos, qué queremos lograr con nuestros planes y cómo podemos aprender de lo que estamos haciendo. Al respecto, existe un manual de medición de metas para el 2015 y se espera que en 2011, toda la región de las Américas tenga una medición basal de las 20 metas de recursos humanos definidas en la Conferencia de 2007. Los países deben ponerse metas (por ejemplo, en la Región Andina en relación con el desafío uno, se plantea que todos los países de la región tengan una densidad de trabajadores de al menos 25 por 10.000) y éstas metas deberán ser comparadas con la situación actual, para poder identificar la brecha que debe cubrirse.

Por otra parte, queremos señalar los que a nuestro juicio constituyen tres niveles de relación que son centrales para la discusión. El primero, tiene que ver con el nivel de convergencia entre los planes de recursos humanos y las políticas de salud, más precisamente, el modelo de atención y las políticas de cobertura universal y de Atención Primaria en Salud. Esto tiene implicaciones entre los actores quienes desarrollan las políticas de recursos humanos y quienes desarrollan las políticas de salud. Si bien las políticas no se resumen en el modelo de atención, tienen que ver con la construcción de viabilidad del modelo de atención que se está construyendo en el país.

El segundo nivel está referido a la relación existente entre las orientaciones de políticas de recursos humanos y los planes de recursos humanos, que, en definitiva, son la operacionalización de las estrategias en el tiempo, con objetivos, indicadores, etc. Este es un tema central de la discusión en este evento.

El tercer nivel está relacionado con el ordenamiento institucional de la autoridad sanitaria para desempeñar de manera exitosa esas responsabilidades o, dicho de otra forma, con el desarrollo de la capacidad rectora de los ministerios de salud en materia de políticas y planes de recursos humanos. Se han hecho estudios sobre la situación de las unidades de recursos humanos para caracterizarlas y saber cuáles son sus orientaciones, y se ha encontrado que muchas unidades de recursos humanos todavía tienen que ver con la administración del personal del sector público, del Ministerio de Salud. Sin embargo, también se observa una transición hacia funciones estratégicas de recursos humanos. Esos dos planos son indispensables, relacionados, pero distintos y requieren una experticia diferente.

Una primera visión panorámica de estas unidades se relaciona a su ordenamiento institucional. En algunos casos podemos encontrar varias unidades de recursos humanos: una a cargo de administración del personal, otra de formación y capacitación y a veces con servicio social, otra de residencias médicas. En otros

casos, los planes demuestran las propias limitaciones que se tienen, por ejemplo, al dar demasiado énfasis a las condiciones educativas, descuidando otros aspectos relacionados con atracción y retención del personal, brechas, condiciones de trabajo, modalidades contractuales, desempeño, entre otros. De esta realidad, surgen dos iniciativas, ya conocidas: una es el desarrollo y oferta de un curso por Internet sobre políticas de Recursos Humanos para la Salud, como estrategia de trabajo en unidades de aprendizaje bajo el concepto de “aprender haciendo”. La otra estrategia, es el CIRHUS, un proyecto de capacitación de la cooperación brasileña en los países andinos, que ha permitido formar líderes de gestión, en los respectivos sistemas de salud, para luego institucionalizarse en entidades académicas de cada país, después de su adaptación a la realidad local. Ambas iniciativas están orientadas al fortalecimiento de capacidades de los equipos de gestión.

En el contexto de este encuentro, nos interesa es destacar una idea central. La capacidad de rectoría para la formulación de los planes, requiere la construcción de la viabilidad de esos planes dentro del aparato de gobierno. Así, para que los planes sean factibles, deben tener una base financiera sólida, decisiones concordadas en materia de formación del personal (lo que tiene que ver con instituciones de educación superior, instituciones académicas y otras) y estar sustentados condiciones de trabajo adecuadas. El elemento central de la reflexión en este evento, es esta compleja relación entre el Ministerio de Salud, en su responsabilidad de formulación de planes, y la construcción de viabilidad en los diferentes sectores del gobierno. En la experiencia del observatorio se ha notado que la relación del Ministerio de Salud ha estado hacia los actores externos al gobierno, como universidades y asociaciones profesionales. El desafío hoy es trabajar al interior de la estructura gubernamental.

Esta es la primera reunión en que se congregan los representantes del Sector Salud con otros actores del gobierno que son centrales en la formulación de los planes, lo que conduce a la necesidad de caracterizar un conjunto de elementos claves en la perspectiva de la coordinación intersectorial. Esto es lo que queremos hacer en este evento. Es decir, queremos preguntarnos sobre los temas y desafíos prioritarios, para la interlocución entre el Ministerio de Salud y los otros sectores gubernamentales, sobre cuáles son las buenas prácticas en términos de mecanismos de concertación y cuáles son estrategias exitosas de cooperación entre países. Estamos seguros que al final de este encuentro habremos avanzado en las respuestas.

# La Colaboración y Coordinación entre Sectores y Actores: El Rol de la Alianza Global en Pro del Personal de Salud

DR. HIROSTUGU AIGA  
GHWA

Lo primero que es necesario destacar, es el sorprendente progreso que se han mostrado los países de esta región en materia de recursos humanos para la salud. Ahora, el desafío es definir qué es lo que GHWA puede hacer por estos países y también, cuál es el aporte que ellos pueden hacer hacia GHWA.

Un punto clave que es necesario recordar es que de los 57 países en crisis de RHS, 5 están en América Latina, por lo que también es necesario enfocar los esfuerzos de colaboración en esta región. Las partes involucradas en la Alianza Global en Pro del Personal Sanitario son 258 miembros ya registrados y 29 socios más activos. Además están las agencias líderes, como la OPS y la OMS, y las asociaciones de profesionales, así como una red de 158 miembros y 20 secretarías. Las actividades de nuestra organización se pueden resumir en: (a) abogar, (b) mediar y (c) calcular.

En marzo del 2008 se realizó el 1<sup>er</sup> Foro Global sobre RHS en Uganda, Kampala. En esta reunión se adoptó la declaración de Kampala con 12 rubros y la Agenda para la Acción Global. Para lograr lo señalado en la declaración y la agenda son muy importantes los siguientes aspectos:

- **El reclutamiento de los trabajadores de salud**, en casi todos los países, es realizado por el Ministerio de Salud. Pero también es muy importante considerar la cantidad de esos trabajadores: se necesita más personal de salud.
- **La capacitación y el entrenamiento**, en muchos países, no es responsabilidad del Ministerio de Salud sino del Ministerio de Educación. Esta situación hace necesaria la coordinación entre ambas instituciones, que es justamente uno de los propósitos de esta reunión. Por otra parte, se requiere de una mayor inversión por parte de los Ministerios de Salud para la formación de personal y procesos de educación continua. Mejorar la calidad de los proveedores, con educación continua, también es trabajo del Ministerio de Educación.
- **La migración del personal de salud**, que involucra al Ministerio de Trabajo y, a veces, al Ministerio de Relaciones Exteriores.

- **La acreditación**, que involucra a las asociaciones de profesionales de la salud e incluso al sector privado.
- **El reconocimiento social**. Es muy importante que el trabajador de salud sea reconocido y respetado como parte de la sociedad. En esto también deben participar las ONG y la sociedad civil.

Además de los muchos aspectos implicados, hay muchos actores que deben ser involucrados: los Ministerios de Salud, Educación, Trabajo y Finanzas, las asociaciones de salud, el sector privado, la sociedad civil, e incluso algunos socios del desarrollo como el CIDA de Canadá y otros. Por lo tanto, es fundamental la coordinación y el involucramiento de todos estos actores, además de las medidas simultáneas que tomen las diferentes partes interesadas. A través de la Alianza se ha tratado de elaborar un plan comprensivo de RHS, tomando en cuenta a todas las partes involucradas. Esto dice de una filosofía y un principio subyacentes.

En el proceso debe haber transparencia, la que se facilita incorporando a los diferentes actores interesados, y que contribuye a lograr el apoyo de todo el público en general. El involucramiento de tantas partes interesadas puede estimularlas a ser parte no sólo en toma de decisiones, sino en la implementación de lo que se propone. Por ejemplo, el Ministerio de Educación debe producir el nuevo empleado y el Ministerio de Salud debe asegurar su educación continua.

Es necesario aclarar que no se pretende proponer un modelo igual para todos, ni se está sugiriendo que tengan el mismo modelo. No hay una fórmula o una receta que diga paso a paso cómo se debe hacer. En América Latina ya hay buenas bases para avanzar, y lo que interesa es maximizar el mecanismo existente. Ya hay progreso en el diálogo abierto con otros sectores.

El apoyo de GHWA tiene el propósito de acelerar el proceso que ya se inició y no crear una organización de la nada. La unidad de todos los actores que se han mencionado conforma el equipo que opera como comité de recursos humanos nacionales. GHWA intenta el intercambio de experiencias y opiniones y la sensibilización de unos a otros.

El modelo diseñado y propuesto sobre la base de tres regiones y del trabajo conjunto, consiste en que uno de los 29 socios de GHWA, el más proactivo, líder en asuntos de recursos humanos en el país, contribuya a acelerar el proceso. Y el comité de recursos humanos desarrolla, a través de Internet, el monitoreo. América Latina ha hecho un progreso considerable, por lo que podrían hacer algo diferente y eso se puede discutir.

Otro modelo, es que el comité nacional de RHS del país tiene a veces problemas con la concertación y puede hacer consultas al GHWA y se hace un proceso

de monitoreos y consultas continuos; pero pueden no querer hacerlo en esta región.

¿Qué se espera que haga cada país? La preparación del perfil de sus proveedores de salud y de sus RHS. Algunos ya lo han hecho, pero en general faltan los que trabajan en el sector privado. Con base en ese perfil de país, se espera que cada país de la lista de países críticos, desarrolle este plan de RHS global. El siguiente paso, es la implementación del plan. El proceso debe ser asumido por el trabajo en equipo, por los comités de RHS nacionales que deben hacer, implementar, evaluar, monitorear, o sea, todo.

A partir de experiencias en otros países, como Ghana y Vietnam, se ha comprendido que en estas reuniones se debe tener un diálogo adecuado con todas las partes interesadas. En esos lugares no era así, la información entre los actores no era adecuada. Por ejemplo, un ministerio no sabía lo que el otro sabía. También las asociaciones de trabajadores estaban aisladas. Se llaman partes involucradas pero no lo son, por lo que llegó el momento de involucrarlas. El Ministerio de Salud debe preparar un plan bien documentado, pero debe hacerse por consenso, para que la gente se sienta dueña del plan.

¿Cómo empezar? Primero, abriendo el diálogo entre los actores involucrados clave. Esto ya se ha hecho en esta región, por lo que hay que pasar a la segunda etapa, que significa organizar un comité nacional de recursos humanos en salud con todos los actores interesados. En los casos en que ya se hizo, hay que fortalecerlo, por ejemplo, invitando a los actores que pudieran faltar. Luego se debe empezar a discutir los asuntos de RHS de manera más global.

Por último, debe enfatizarse en que si los países ya tienen su propio modelo no es necesario que apliquen éste, pero si les sirve, úsenlo. También si es necesario que soliciten el apoyo de GHWA y estaremos gustosos de apoyarlos.



# Reflexión sobre los Principales Hallazgos de los Estudios de Países

DR. CARLOS ROSALES  
OPS

El análisis de los estudios presentados permite observar que, en la mayoría de los mismos, se reconoce la poca articulación y coherencia entre el plano general de la política de salud y el de las políticas de recursos humanos. Este aspecto nos parece de suma relevancia por la naturaleza dialéctica de la relación.

Por un lado, establecer una relación entre las prioridades del gobierno, los determinantes del modelo de atención, el financiamiento y la gestión de los servicios; con el abordaje de los recursos humanos, líneas prioritarias, estrategias de desarrollo y los sectores involucrados, permite producir sinergias que dan viabilidad a una política consistente y sostenible de recursos humanos.

Por otra parte, el desarrollo de los planes de recursos humanos, que expresan las capacidades requeridas, el incremento del personal, las condiciones de trabajo y las nuevas competencias; constituyen procesos claves para generar e implementar las políticas nacionales de salud.

En este sentido, los estudios y los grupos de trabajo, parecen coincidir que el armado de la gobernanza, se puede operacionalizar a través de comisiones de recursos humanos, bajo el liderazgo de los ministerios de salud, aplicando los mecanismos de concertación que cada país ha generado y abordando desde las diferentes perspectivas los temas objeto de interés.

Un segundo elemento de reflexión que se desprende del análisis y relacionado con lo antes expuesto, es que en varios estudios se plantea la necesidad de fortalecer en términos de capacidades (dotación, competencias, estructura, financiamiento), al ente encargado de formular y operacionalizar el marco de política y el plan de trabajo en recursos humanos.

En esta línea la mayoría de los estudios coinciden en señalar que la responsabilidad de formular las políticas y los planes de recursos humanos es de los Ministerios de Salud pero de igual forma reconocen la necesidad de la participación de otros actores en estos procesos. En este sentido, las principales diferencias que se presentan están relacionadas con cómo y de qué tipo es la participación de los demás actores relevantes, si es para la validación y negociación de documentos preparados desde los ministerios o si es un proceso de formulación conjunta.

En adición, todos los países resaltan la importancia de condiciones previas del sector salud, como son:

- Fortalecimiento (político y técnico) de la estructura de conducción para el desarrollo de los planes de recursos humanos.
- Desarrollo de capacidades del personal que tiene a cargo esta ejecución.
- Tecnificación de procesos de generación de información (gestión del trabajo) y de metodologías de cálculo.
- Generación de espacios de concertación desde una perspectiva estructural que legitime la participación intersectorial.

Lamentablemente los estudios y el trabajo de los grupos no avanzan en explicitar los temas relacionados con la responsabilidad (compartida o no) en la ejecución de las actividades. Y en relación al tema del financiamiento del plan de trabajo se refieren a él fundamentalmente como las actividades finales del plan, cómo incrementar la dotación, hacer capacitación, etc., pero no al financiamiento del propio plan.

Agrupados por áreas algunos temas de interacción e intersección destacados en los estudios y los grupos de trabajo son:

#### Salud y Finanzas:

- Desarrollo de mecanismos y metodologías de análisis financiero para la dotación de personal adecuado a los requerimientos de los servicios y las posibilidades de financiamiento con sostenibilidad.
- El financiamiento vinculado al desarrollo institucional, y a las nuevas capacidades y los perfiles de resolución acorde a las necesidades de la población.
- La generación de estrategias de análisis y negociación presupuestaria conjunta entre Finanzas y Salud, con base en la política social vigente y en el techo fiscal existente.

#### Salud y Educación:

- Retomar la visión de APS, basado en la necesidad de equipos de salud y no solo en algunas profesiones.
- El desarrollo de perfiles de competencias requeridos para:
  - ▶ La capacitación de personal.
  - ▶ Los nuevos perfiles de formación de personal (APS, salud familiar, políticas y gerencia de salud)

### Salud y Trabajo:

- Desprecarización de las condiciones de trabajo y, en algunos casos, del contrato (externa e interna).
- Fortalecimiento de la articulación e implementación de la estrategia de trabajo decente como mecanismo de monitoreo de las condiciones de trabajo del personal.
- Establecimiento de sistemas de información integrales que incluyan indicadores de monitoreo sobre trabajo decente.
- Desarrollo y profundización de las carreras sanitarias.

# Lecciones de los Estudios de Caso sobre Intersectorialidad

DR. HUGO MERCER  
GHWA

Es importante llegar a esta reunión sobre Planificación de Recursos Humanos para la Salud y Atención Primaria en Salud, con el aval de estudios de país en los que se describe la situación existente en esa materia. Los estudios de caso sobre la situación de los recursos humanos en cada país, si bien realizados en muy breve lapso, respondieron a un guión similar lo cual permite extraer algunas observaciones generales.

Los estudios se centraron en los “Desafíos para la coordinación social e intersectorial”. En segundo término, los estudios ahondaron en cuanto a la existencia de capacidad de conducción a nivel nacional en materia de recursos humanos para la salud. Especificando esa capacidad de conducción a través de la existencia de una Unidad responsable de la gestión de políticas de recursos humanos y acerca de la existencia de una política pública explícita en esa materia.

Los estudios revisaron fuentes de información documental y obtuvieron descripciones más vívidas a través de entrevistas con autoridades de Ministerios de Educación, Salud, Trabajo, Economía o Hacienda, Función Pública, parlamentarios, asociaciones profesionales, Universidades, agencias internacionales y representantes de la sociedad civil.

TABLA 1: ESTUDIOS DE CASO SOBRE INTERSECTORIALIDAD EN LAS POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

País	Planes de Recursos Humanos para la Salud	Agenda Intersectorial	Prácticas de Coordinación	Desafíos para implementar la intersectorialidad
Bolivia	No	X		Financiamiento, aval legislativo
Brasil	Si	Definida	Conferencias Comisiones	Cobertura nacional
Ecuador	Si	Definida		Mecanismos de implementación
El Salvador	No	X	Comisión (CISALUD)	Financiamiento
Honduras				
Guatemala	No	X		
Paraguay	No	X		Acuerdos, leyes
Perú	Si	X	Comisiones	

Los estudios de caso mostraron que existe una especie de continuum temporal entre los países de América Latina que fueron objeto de análisis. Algunos, como Brasil comenzaron hace más de tres décadas a discutir y construir políticas

públicas destinadas a fortalecer la fuerza de trabajo en el sector Salud. Desde entonces se ha establecido una definida responsabilidad estatal en la conducción de la política de recursos humanos, una Unidad dentro del Ministerio de Salud que se preocupa por la educación y la gestión de los recursos humanos para la salud, centros formadores de personal y de especialistas en su mejoramiento y agencias de acreditación. Toda esa estructura implica un proceso de lenta maduración y de fuerte inversión por parte de todos los actores involucrados, en especial el sector público.

El continuum va desde ese caso exitoso y consolidado de política pública, hasta otros que recientemente han iniciado procesos similares. Tanto en los más avanzados como en los incipientes, es visible, como ciertas condiciones facilitan una puesta en marcha de políticas públicas en esta materia. En primer lugar, la vigencia de un sistema democrático, receptivo de los intereses y demandas de la población. Esto, junto con una responsable administración de los recursos financieros públicos, permite que la formación, utilización y perfeccionamiento del personal de salud sea un aspecto valorado por la sociedad.

La capacidad de negociación, concertación y pronta elaboración de acuerdos entre los actores involucrados, es también un factor contribuyente a la mejor aplicación de políticas públicas en materia de recursos humanos para la salud. A nadie escapa que contar con personal calificado, adecuadamente distribuido y satisfecho de sus condiciones de trabajo supone la articulación de políticas de muy diversos sectores. Por definición, llegar a esa situación ambicionada implica un proceso, una cadena de acciones a la que aportan el sistema educacional, las familias, el nivel de empleo, las condiciones de trabajo, el acceso a la comunicación, la accesibilidad física en todas las regiones del país. Como se ve, una compleja articulación entre sectores, actores e intereses a los que les importa contar con la cantidad y calidad de personal necesario para mejorar y mantener la salud de toda la población.

Todos los países están interesados en fortalecer su capacidad de gestión en materia de recursos humanos para la salud. El establecimiento de Unidades dentro de sus Ministerios, dotadas de un marco legal que les permita convocar y concertar políticas de largo plazo es una voluntad generalizada en todos los países. Comprendiendo en esa capacidad de rectoría, al sector público y al privado, además de la capacidad de generar y hacer uso de la investigación científica, la evaluación y el monitoreo para que las decisiones a ser tomadas se sustenten en sólidas evidencias.

En síntesis, los países muestran a través de sus estudios de caso, una homogénea voluntad por fortalecer sistemas nacionales de salud orientados hacia la atención primaria a la salud, con cobertura universal y equitativa. Para alcanzar

ese objetivo de política de Estado, la dotación de personal es primordial, por lo que existe disposición a actuar en conjunto para alcanzarlo.

# Capacidad de Gobierno y Gobernabilidad para la Gestión de las Políticas Públicas de Recursos Humanos

---

DR. PEDRO BRITO  
Asesor, OPS

En este comentario, señalaremos algunos temas y cuestiones que se han destacado y se han aprendido en esta reunión la que, en principio se percibía como muy compleja, pero que debemos reconocer ha tenido excelentes resultados.

En estos tres días hemos tenido la suerte de escuchar y compartir experiencias, problemas, avances, modos de hacer y vías de solución, con gran riqueza, alrededor de una gran pregunta y una gran responsabilidad, que se puede expresar de la siguiente manera: ¿cómo se están poniendo en práctica, de manera efectiva, políticas, planes y programas relacionados con Recursos Humanos de Salud, para avanzar en la transformación de los sistemas de salud basados en la estrategia de Atención Primaria para garantizar el acceso universal a la salud de los ciudadanos?

Hay un avance significativo en la comprensión del campo de los recursos humanos para la salud y en la gestión de políticas, planes y programas en los países de la Región. Debemos partir reconociendo que se trata de un campo complejo y heterogéneo, con procesos y actores distintos, pero también con diferentes pesos específicos en lo político y con diferentes culturas institucionales.

Por esto, se requiere una mirada interdisciplinaria y una práctica y una acción intersectorial e interinstitucional. Es en esta perspectiva que se planteó, para esta reunión, el desafío de la participación de representantes de otros sectores en esta reunión, como educación, trabajo, planificación y hacienda, además de salud. Denota gran madurez el que no se siga hablando de éste como un campo autónomo, sino como un campo subordinado políticamente, que es orgánico a un sistema, a un sistema de salud, pero también a un proyecto de gobierno y de sociedad.

Otro elemento a resaltar, es la importancia que se le da al contexto. La situación económica de los países y los procesos políticos han estado como telón de fondo y explican por qué estamos trabajando para la transformación de los sistemas de salud, en una perspectiva muy diferente a la de la década de los noventa. En todos los casos se ha observado que estamos viviendo el fortalecimiento de la democracia y una mayor madurez de las instituciones. En muchos países hay una mayor permanencia de ciertas políticas públicas, que expresan la acumulación de

experiencias, y ya no cambios obligatorios con cada nuevo gobierno. Felizmente, también, no estamos viviendo la crisis como en los países del Norte, que la originaron. En esta ocasión, los países en vías de desarrollo han tenido algunas ventajas y condiciones favorables para capear el temporal.

También se ha destacado la importancia de la dimensión política de la gestión. Se está hablando de la gestión de políticas públicas como una función política, que es parte de un proyecto más amplio, cual es la transformación del Sistema de Salud. Aparece como la operacionalización de una propuesta de gobierno que apunta a un proyecto de sociedad diferente. Así, cuando se trata de Gestión de las políticas, se trata de gobernar para transformar la Política de Recursos Humanos para la Salud. Cuando en esta reunión se debatía sobre políticas públicas, se estaba hablando de un proyecto de redistribución del poder. Las políticas públicas se hacen para favorecer a algunos más que a otros o para favorecer a algunos que debieron ser favorecidos y que fueron postergados. La redistribución de poder es el telón de fondo que está en cualquier proyecto de transformación del Sistema de Salud. Es decir, cuando se habla de un proyecto de gobierno, que determina el campo de Recursos Humanos de Salud, se está hablando de un proyecto de redistribución del poder en la sociedad.

Para ilustrar este hecho se puede utilizar un triángulo como marco para ubicar, en el vértice superior, el proyecto de gobierno y, en los dos vértices de abajo, la capacidad de gobierno (o gobernanza) y la gobernabilidad. Se señalaron aquí algunas enseñanzas relacionadas con la capacidad de gobierno (qué se tiene que hacer para lograr esta transformación) y con la gobernabilidad (cómo y con quién hacerlo). El triángulo muestra en forma elocuente el predicamento de los dirigentes y directivos sectoriales, tanto de salud como de otros sectores: funciones, responsabilidades cotidianas, cuando tienen la responsabilidad de gestionar los mecanismos jurídicos y normativos, así como los recursos para cumplir con determinado mandato del gobierno.

Sobre la capacidad de gobierno podemos retomar una reflexión histórica del pasado reciente, acerca de cómo la capacidad de gobierno quiso y, en algunos casos, fue destruida en los procesos de los años ochenta y noventa. Con la concepción de que el Estado no era necesario, porque el mercado tiene la capacidad de generar y distribuir los recursos de manera adecuada, se argumentaba que no se necesitaba tener capacidad de gobierno. Por eso, con la reforma neoliberal del Estado, se hicieron, entre otras cosas, reducciones tanto de personal como de unidades de recursos humanos en los ministerios de salud que, en algunos casos, desaparecieron. Estos procesos de reducción fueron resistidos por muy pocos países. Colombia fue, probablemente, el país que aplicó más ortodoxamente la transformación del sistema de salud con una perspectiva de mercado. Sin embar-



go, hay que recordar que antes de eso, Colombia tuvo, durante mucho tiempo, uno de los mejores departamentos de recursos humanos de toda la Región, con una perspectiva de la que pudimos disentir, pero con capacidad técnica para mantener un determinado sistema que debimos reconocer. Todo eso se destruyó. En otros países no fue tan extremo el proceso, pero por ahí estuvo la tendencia. Las políticas de recursos humanos se sustituyeron por proyectos de inversión o de desarrollo institucional financiados por los bancos, y los mecanismos de intervención se plantearon en términos de licitaciones, concursos públicos, para tareas que debían ser realizadas por la reforma. Se dejaron sin efecto mecanismos de planeamiento, de regulación, de gestión. Algunos países lograron capear el temporal, pero desaparecieron otras instancias y se vació la capacidad técnica de estas unidades, porque los proyectos requerían unidades de coordinación o ejecutoras que pagaban mejor, y fueron sustrayendo los mismos recursos humanos nacionales para trabajar en los proyectos. No sólo se vació, sino que se desacumuló capacidad. Por eso, cuando se hizo la reseña de los estudios de país para esta reunión, se planteó cómo han tenido que plantearse la reorganización de sus unidades, la reconstrucción de la capacidad que fue destruida.

También aprendimos que la formación de una política pública es una construcción lenta. Brasil, por ejemplo, lo está haciendo desde hace 22 años. La experiencia de casi todos los países que han logrado reconstruir su institucionalidad, es que se trata de un proceso largo, pero es indispensable que se haga, no sólo en las unidades de recursos humanos, sino en todas las instancias y elementos que son necesarios para gobernar en salud y para las políticas de recursos humanos.

Al respecto, se pueden señalar tres elementos que son necesarios para la capacidad de gobierno en salud:

- **La institucionalidad.** Se trata de las instituciones, de las reglas de juego, de las normativas, las capacidades de acción políticas, comités de diálogo social, de participación, espacios de encuentro, etc., que se generan a partir de la iniciativa de la entidad rectora, pero que suponen la participación de otros sectores de gobierno y de la sociedad, incluyendo los movimientos sociales y los actores sociales. Todo eso es la institucionalidad, la base con la cual se gobierna. Esto va mucho más allá de los organigramas del gobierno. Se trata de democracia para la participación, de diálogo social, de mecanismos de participación efectivos, de flexibilidad en los mecanismos y recursos, de visión estratégica de mediano y largo plazo, para que todos avancen en la misma dirección. También se trata de condiciones de sostenibilidad, permanencia, competencia técnica, de saberes, de tecnologías, del uso adecuado de lo que ofrece el desarrollo científico y tecnológico para gobernar.

Asimismo, es importante la construcción de funciones esenciales o capacidades fundamentales para las unidades de recursos humanos, que pasa por la capacidad de promover políticas, de planificar, de regular. Todas las sociedades de la región, tal vez excepto Cuba, son economías de mercado, por lo tanto, se necesita planificar, regular y construir capacidad de gestión. Los economistas suelen decir que algunos mercados, como los de salud o de trabajo, son imperfectos y, si no se regulan, las distorsiones y desigualdades pueden ser peores. El efecto negativo de esas “imperfecciones” es precisamente lo que se ha vivido en los últimos quince años. Por eso son indispensables las capacidades de gobierno de planificar, regular y gestionar. Estas capacidades no son excluyentes: cuando hablamos de regulación no significa que se deja de planificar, al contrario, no se puede pensar planificación sin regulación, ni regulación sin capacidad de gestión.

- **La disponibilidad**, acceso y capacidad para ejecutar los recursos financieros. Los ministerios de Hacienda en casi todos los países responden, por lo común, de manera uniformemente negativa frente a los requerimientos de recursos financieros para la política social en gobiernos que no son homogéneos. Dentro del mismo gobierno los ministros compiten entre sí por los recursos y los ministerios de Hacienda tienen que hacer malabares para hacer compatibles los compromisos electorales con los requerimientos de la escasez, de las urgencias, de las presiones de los que tienen poder. Recuerdo que un gobernador de la provincia de Mendoza en Argentina llamaba a los recursos financieros, “factibilidades conducentes”. La Doctora Rodríguez hizo referencia a Sergio Arouca, quien habló y sustentó la salud como derecho, como responsabilidad del Estado, y de la necesidad de financiarla al referirse a la creación Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil.

No hay reforma que no suponga una inversión adicional. La mesa de financiamiento, en este evento hizo un buen relato de los dilemas y de algunas aproximaciones a esos dilemas. No es posible negociar con Hacienda sólo con un plan de dotación de personal, porque éste es parte de un conjunto mayor, más importante, más trascendente, que es la transformación del sistema, y en última instancia, una política pública hacia la universalidad y el derecho a la salud. Hay que abordar la discusión en términos políticos y no únicamente financieros. Con relación al financiamiento, se ha aprendido que el gobierno no es homogéneo. Hay voluntad política y voluntades políticas. ¿Puede haber voluntad política sin un correlato presupuestario? Hay una enorme responsabilidad para poder cumplir los compromisos que se hacen. Hablamos de un proyecto que es

más que una política de recursos humanos, un proyecto de transformación del sistema, en el cual recursos humanos es una parte fundamental.

Esto nos lleva a destacar la importancia del contexto político-económico, no solamente por sí mismo, sino por los cambios que se están dando en muchos países y que están generando condiciones para una transformación sustantiva. No hay ningún cambio fundamental en el Sistema de Salud que no haya concitado la defensa de los ciudadanos, por eso hay sistemas de salud que los ciudadanos defienden. Por ejemplo, en Chile se resistieron a que el Sistema de Salud fuera convertido totalmente en mercado privado; incluso en los momentos más difíciles de la dictadura, el Servicio Nacional de Salud de Chile siguió atendiendo y cubriendo a más del 70% de la población. Los ciudadanos ingleses, cubanos, costarricenses, brasileros, los defienden, porque fueron procesos de transformación con nuevos pactos sociales que fueron generados por la defensa que hizo la ciudadanía. Se ha aprendido en estos días que hay necesidad de alianzas estratégicas y que los movimientos sociales son los principales garantes de la transformación. Se trata de hacer lo que haya que hacer para que no sea posible volver atrás. Para ello hay que asegurar factibilidades conducentes.

- **La necesidad de conocimiento e información para la gestión, de las políticas, planes y programas.** Hay avances muy importantes, algunos países muestran una masa crítica de información, de conocimiento, para tener bases firmes para las decisiones. Pero en la mayoría de países la información adecuada sigue siendo una asignatura pendiente. Aún no hay sistemas de información de calidad, oportunos, adecuados, sostenibles. Se necesita investigar los problemas, por lo que hay que hacerse preguntas y responderlas a través de la investigación.

Respecto a la gobernabilidad, ¿cómo lo hacemos?, ¿cómo llevamos los planes y las políticas a la práctica?, es decir, ¿cuál la capacidad para que se ejecuten y se cumplan las políticas? Se trata de procesos políticos. Hay un proceso de conducción política, de liderazgo, no es sólo llenar plazas y marcar línea, sino marcar caminos establecidos y definiciones y señales que marcan el rumbo. Muchos países caminan hacia sistemas universales, solidarios, basados en la atención primaria, pero es difícil que se operacionalicen los planes de recursos humanos, sin una definición del modelo de atención y del modelo de gestión.

El modelo de atención emerge de la realidad nacional. El ejemplo de Bolivia es claro, no puede haber un modelo de atención sin tomar en cuenta la naturaleza plurinacional, multiétnica e intercultural del país. Todos nuestros países tienen modelos curativos; necesitamos fortalecer la pre-

vención y la promoción de la salud en un contexto de participación social. Pero faltan definiciones, como las relativas al proyecto económico, de reforma, al sistema de salud que se plantea, a la modalidad de financiamiento del sistema. No es lo mismo el sistema de salud que se financia con impuestos y con recursos fiscales, que una estrategia de aseguramiento universal, aunque los dos proyectos quisieran llegar a garantizar el derecho a la salud. Lo más frecuente es que se trabaje con mecanismos mixtos, donde el rol del Estado es fundamental cuando no existe la capacidad contributiva suficiente. Ello no debe significar que, como política de Estado, se favorezca la fragmentación de los sistemas de acuerdo a la capacidad de recaudación de recursos.

El otro gran proceso que se ha aprendido en estos días ha sido la participación democrática, que es el elemento central de viabilidad política. Hay ejemplos positivos de diálogo y negociación. El proceso es complejo, difícil, y el desafío es cómo sostenerlo, hacerlo efectivo y abrirlo a los actores que sostendrán el cambio.

Otro aspecto a considerar, es la construcción de una agenda política. Negociar, concertar para trabajar acerca de lo importante y prioritario, en una agenda común a partir de lo que une, no de lo que separa. La pregunta es por dónde empezar; la estrategia es fundamental. En algunos casos se define una gradualista, en la que se empieza por resolver lo que funciona, lo que permite que los actores participen efectivamente. Hay otras posibilidades, en otros contextos donde se puede hacer una transformación mucho más directa y profunda.

La generación de capacidades de gestión tiene algunos ejemplos, como son los cursos para formar directores, dirigentes, gestores para las políticas de recursos humanos. Algunos países lo están haciendo. La OPS busca dar continuidad a los observatorios y creo que se debería continuar con esa línea. La Alianza Global de Recursos humanos de Salud está ofreciendo recursos para ver si esto que se ha hecho con unos pocos países, se puede hacer en cada país con el conjunto de actores a nivel nacional y explorar también las posibilidades que ofrecen las instancias de integración subregional. Se están abriendo otras instancias donde hay posibilidad de aprovechar la acción, el aprendizaje, la capacidad conjunta de avanzar. Lo importante es mantener y profundizar estas iniciativas tendientes a fortalecer la capacidad rectora de los ministerios de salud de nuestra Región.



PRIMERA PARTE

---

## CAPÍTULO 2

### CONSTRUYENDO UNA AGENDA TEMÁTICA PARA LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

Salud y Finanzas

Salud y Trabajo

Salud y Educación

### *La estrategia de recursos humanos en el marco de una estrategia nacional de salud y de desarrollo económico y social del país*

Una primera constatación de la Comisión es que en el área social, en general, y en el Sector Salud en particular, todos los países de la Región tienen recursos escasos en un marco de necesidades ilimitadas.

Lo anterior hace necesario que los gobiernos construyan un proyecto de país que facilite la definición de los recursos destinados al Sector Salud. Así, la responsabilidad de definir un marco financiero para el gasto social es de las máximas autoridades de las naciones. En este escenario, el diálogo entre salud y hacienda, más que una negociación intersectorial, debe ser un trabajo conjunto destinado a organizar los recursos financieros, con el fin de implementar las políticas públicas de salud con base en el modelo de país que se ha definido.

Se planteó la necesidad de:

- Identificar, a nivel de país, la evolución de la cantidad de recursos humanos de salud disponibles, y la cantidad de recursos humanos considerada como óptima desde el punto de vista de una estrategia de desarrollo económico y social del país. La identificación de estas brechas permitirá la definición de planes de inversión en formación de recursos humanos para la salud, en el marco de una estrategia de desarrollo económico y social de los países.
- Diferenciar entre las brechas de recursos humanos del sector público y las brechas nacionales. El énfasis de las estrategias de inversión debería estar en las del sector público. También, la diferenciación entre las brechas del sector público y las brechas nacionales permitirá la identificación del posible rol de las políticas salariales en el sector público para cerrar dichas brechas con los recursos humanos existentes a nivel nacional. La identificación del costo para el Estado de cerrar las brechas de recursos humanos a través de incentivos salariales, permitirá la identificación de las necesidades fiscales necesarias para hacer lograr la cantidad y calidad óptima de recursos humanos en los sistemas públicos de salud.
- El diálogo intersectorial que se requiere para avanzar en una agenda nacional para el desarrollo de recursos humanos requiere de la definición sobre el tipo de sociedad y Sistema de Salud que se plantea en el marco de una estrategia de desarrollo nacional. No es suficiente presentar la

problemática de los recursos humanos como un problema de gestión. Se requiere de un pacto social para avanzar en las reformas fiscales que permitan avanzar en las políticas orientadas al logro de sistemas públicos de salud de cobertura universal.

### *Gestión financiera y gestión de los recursos humanos del Sector Salud*

Para el Sector Salud, los esfuerzos financieros deben estar enfocados a enfrentar la precarización del empleo, a través de la generación de sistemas laborales estables (carrera sanitaria), pero que a la vez tengan la flexibilidad necesaria para incentivar algunas funciones específicas, por ejemplo, el desempeño en áreas remotas. En este sentido es necesario:

- Identificar las brechas de cargos (cantidad) y salarios (precios) que pueden existir entre diversos estados (provincias, departamentos) y que pueden estar afectando las desigualdades e inequidades en la distribución de recursos humanos de las instituciones del sector público en los diferentes países.
- Evaluar los efectos sobre el nivel y composición de recursos humanos en las instituciones de salud del sector público, de políticas de precarización del empleo y/o de políticas de restricciones a la contratación y de topes salariales para instituciones del sector público.

### *Mejorando el conocimiento de instrumentos de planificación, presupuestación y gestión financiera presupuestal del Sector Público del país*

Los gestores de salud también estiman que es muy necesario conocer cuántos son los recursos financieros con los que cuenta el sector para poder implementar sus procesos. Si no se conoce el marco presupuestario es difícil planificar. Al respecto se requiere:

- Identificación y uso de instrumentos de gestión financiera-presupuestal para asegurar la asignación de los recursos humanos para la salud en las instituciones de salud del sector público. Identificación de aspectos jurídicos-laborales que impiden una gestión efectiva de los recursos humanos en las instituciones de salud del sector público de los países.
- Intercambiar experiencias entre los países en temas relacionados a la definición o redefinición de funciones y homologación de cargos; estandarización de las formas y tipos de contratación; mecanismos de control de gestión de recursos humanos (horas contratadas versus horas efectivas);



las distorsiones en los mercados laborales y de los servicios de salud que resultan de la práctica privada por profesionales de instituciones del Sector Público; los efectos de la existencia de gran variedad de contratos y cargos en las instituciones del Sector Público.

Para el Sector Hacienda, es responsabilidad del Sector Salud, tener los cálculos financieros de cualquier plan o iniciativa que se desee llevar a cabo, los que deben estar enmarcados en un modelo de gestión definido. Por su parte, los gestores de salud requieren marcos presupuestarios que orienten sus gastos. Los responsables de hacienda necesitan que salud gaste efectivamente lo que se le asignó.

La comisión coincide en que existe un fuerte desconocimiento en salud y hacienda respecto de las funciones y modalidades del otro sector. Se establece el concepto de “suma de ignorancias”. Se estima altamente necesario que exista un trabajo de planificación conjunta en base a una política definida, más que una negociación presupuestaria sin mayor claridad de las partes.

Una primera consideración que se establece en la Comisión es que la gestión del trabajo no es un fin en sí mismo, sino que está orientada al mejoramiento de la prestación de servicios a los usuarios. Esto implica incluir en el análisis los temas de ética de la práctica, el compromiso con los servicios y con la población.

En este contexto, se resaltan los cambios en las políticas de gestión del trabajo ocurridos en los países de la región, motivados por la necesidad de generar nuevas transformaciones en los sistemas de salud, con un sentido más inclusivo de la población, como contraposición a las reformas impulsadas en la década de los noventa, que se caracterizaron, en el ámbito laboral, por la precarización del trabajo con negativas implicaciones en la calidad de la prestación de servicios.

Así, el nuevo escenario abre también nuevos desafíos para la gestión del trabajo en salud. Entre los desafíos más relevantes, se pueden señalar:

- Información adecuada, en cantidad y calidad, para la toma de decisiones sobre la gestión del trabajo (acorde con los requerimientos de la función pública y la organización y prestación de servicios).
- Desarrollo de mecanismos de negociación y concertación con los trabajadores, como estrategia para dar sostenibilidad a las acciones.
- Impulso de la carrera sanitaria, su articulación y armonización con la carrera administrativa.
- Desarrollo de capacidades institucionales: nuevas competencias del personal (reperfilamiento) y profesionalización de la función de gestión.
- Implementación de políticas integrales de salud para los trabajadores del sector.

Junto con los desafíos señalados, se constata la existencia de temas críticos que pueden dificultar su abordaje y que deben ser trabajados intersectorialmente:

- La heteronomía salarial.
- La migración de personal.
- Las profesiones críticas.
- La conflictividad laboral y la ausencia de mecanismos de negociación.

En consideración con los puntos señalados anteriormente, la Comisión propone las siguientes líneas de trabajo intersectorial:

- Mecanismos de integración de los requerimientos de información de las instituciones involucradas.
- Relación de los actores salud y trabajo más allá de las emergencias generadas por los conflictos.
- Establecer intersectorialmente una política de trabajo decente que incluya la salud de los trabajadores y convenciones colectivas, entre otros temas prioritarios.
- Fortalecer los espacios de intercambio y documentación de las buenas y malas prácticas.

### *Temas prioritarios*

El grupo identificó algunos temas prioritarios que son objeto de trabajo y de preocupación en los actuales contextos nacionales:

- **La reorientación del pregrado hacia la APS:** Se resalta la necesidad de clarificar el significado de la APS en los propios programas. También se establece la importancia de la definición de nuevas competencias que deberían tener los profesionales con este enfoque; el manejo de este paradigma y los nuevos enfoques que deben manejar los docentes para poder realizar el cambio. No basta con cambiar solamente el currículo o plan de estudios, no es posible hacer un cambio de paradigma si no se cambia la estructura del pensamiento de los docentes responsables de la docencia médica. Los aportes de los nuevos enfoques de educación es un tema que surge como gran preocupación para poder acompañar estos cambios, además de la construcción interdisciplinaria que en la mayoría de los casos se queda en el discurso.

Por otro lado, las universidades precisan de una mayor definición por parte del Estado, de los sistemas de salud y de un avance real en la construcción de las redes basadas en APS. Además se requiere la redefinición de los escenarios de prácticas o campos clínicos, que no pueden seguir siendo exclusivamente los hospitales. Paralelamente se constata la necesidad de esquemas salariales que garanticen la permanencia de los trabajadores de salud en los distintos niveles de la red del Sistema de Salud. En estos aspectos relacionados con la acción de salud se rescata la idea de pasar de las políticas institucionales a las políticas públicas y de adoptar a la APS, más que como una etiqueta, como una estrategia que vincule los valores de equidad y justicia y como un puente que vincule los servicios de salud con las personas.

- **Educación de los especialistas de salud a través de las residencias médicas.** De la misma manera que han proliferado los programas de formación, el tema de las residencias médicas constituye un problema de gran envergadura en casi todos los países: el tipo de perfiles, el número de programas, la capacidad de los hospitales de acompañar los procesos de aprendizaje, la inexistencia de programas educativos, la falta de coordinación entre la academia y los servicios, el maltrato a los residentes, la utilización de los residentes para atender en los hospitales, son consi-

derados, entre otros, los principales aspectos de este problema. Sin perjuicio de lo anterior, se rescatan las experiencias de integración docente asistencial, valorándose la posibilidad de redimensionar esta práctica que es considerada como una buena experiencia en el pasado pero que se ha perdido con el tiempo.

■ **Regulación:**

- ▶ **Regulación de la calidad a través de los procesos de acreditación.** Muchos países de América Latina han iniciado los procesos de acreditación de los programas de formación de médicos. Estos procesos buscan fortalecer la calidad de los mismos. Al respecto se perciben como positivas las alianzas que los países están constituyendo, en las que se está valorando la propuesta de estándares de la Agencia Iberoamericana de Acreditación de los médicos que coloca a la APS como el eje central de la formación. Este es un claro ejemplo de intersectorialidad, ya que fueron los ministerios de educación, en la mayoría de los casos, los que establecieron la obligatoriedad o necesidad de la acreditación de los programas educativos.

En este mismo aspecto se planteó, por parte de algunos países, la necesidad de homologar los planes de estudio con los mínimos requeridos en materia de APS y en función de las necesidades de la gente.

- ▶ **La certificación profesional.** También algunos países han comenzado y otros avanzan en sus procesos de acreditación. Son diversas las propuestas que surgen de los colegios médicos y asociaciones profesionales y son asumidas por el Estado, o que surgen del Ministerio de Salud, asociadas a procesos de capacitación continua ligadas al enfoque de prevención y promoción de la salud.
- ▶ **Regulación de las instituciones educativas (apertura de nuevas universidades).** La desregulación de los mercados trajo como consecuencia la desregulación de las instituciones formadoras, y su efecto puede verse en la apertura de escuelas de Medicina y Enfermería. Las primeras desarrollan programas de formación tradicional centrados en la enfermedad, curación y los hospitales. En muchos países se observa la preparación de médicos y enfermeras para la exportación a otros países.
- ▶ **Regulación/habilitación de médicos formados en otros países.** Algunos países plantean el problema de la habilitación profesional de aquellos egresados de escuelas extranjeras que regresan al país, y para quienes los propios colegas colocan obstáculos para su incorporación al mercado laboral.

- ▶ **Diversidad de las legislaciones educativas y las posiciones contradictorias entre ellas.** En materia educativa, de regulación y habilitación existen múltiples leyes y reglamentaciones por cada uno de los ministerios, lo que hace muy difícil establecer los mecanismos necesarios de control y supervisión.
- **Carencia de planes nacionales de desarrollo de RHS y de agendas de trabajo.** La mayoría de los países tienen o han tenido en el pasado comisiones nacionales de carácter intersectorial, algunas de ellas formadas por ley, que han avanzado en la identificación de problemas comunes, más no mucho en la construcción de políticas públicas. Algunas de ellas han desaparecido en algún momento histórico y en otros resurge, se redimensiona y adopta nuevas funciones.  
  
Los planes de desarrollo de RHS quedan siempre en el marco de la construcción de propuestas de trabajo intersectorial, pero su concreción se ve dificultada por diversos conflictos de intereses más allá de los ministerios rectores y de las universidades
- **Coordinación entre los grupos de trabajo de ambos sectores.** Más allá de los planes nacionales se resalta la importancia de la constitución de mesas de trabajo, en algunos países, entre salud y educación para abordar temas puntuales.

### *Obstáculos más importantes*

- La indefinición de las reformas del Sector Salud y de los sistemas de salud basados en la APS.
- La intolerancia interinstitucional y de los grupos de interés.
- La ausencia de políticas y planes de RHS.
- La desregulación de la educación y el problema de la mal entendida “autonomía universitaria”.
- Los paradigmas vigentes de la salud como mercancía.
- Falta de claridad de las nuevas directrices curriculares.
- La resistencia al cambio.
- Falta de compromiso social de los trabajadores de la salud.
- Desconocimiento de los mandatos mundiales y continentales por parte de los trabajadores de la salud y los docentes.

### *Mecanismos y factores que pueden facilitar el cambio*

- Las nuevas tecnologías de la información, la comunicación y el aprendizaje en red.
- El papel de la ciencia y de la técnica.
- La integración suramericana.
- La recuperación económica de muchos países de la subregión que han podido superar la crisis de los países centrales.
- La región en democracia.
- La consciencia creciente de la necesidad de diálogo intersectorial.
- La situación actual que permite un mejor ordenamiento de las instituciones.
- El creciente reclamo de la gente por sus derechos como ciudadanos.
- El reciente reconocimiento de la UNESCO sobre la educación como bien público.
- Las posibilidades de compartir experiencias y ser parte de las comunidades de aprendizaje en red.
- La necesidad, cada vez más sentida, de hacer proyecciones a corto y mediano plazo, de construir evidencias sobre la situación de los RHS, y la posibilidad de ambos sectores de participar en foros ampliados de debate.





PRIMERA PARTE

---

## CAPÍTULO 3

COMPROMISO DE SAN SALVADOR:  
DESARROLLO DE LOS PLANES  
DE RECURSOS HUMANOS EN EL  
CONTEXTO DE LA ATENCIÓN  
PRIMARIA DE SALUD

## Compromiso de San Salvador: Desarrollo de los Planes de Recursos Humanos en el Contexto de la Atención Primaria de Salud

---

Los 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 de la Sociedad Civil procedentes de Brasil, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Honduras, Guatemala Paraguay y Perú, reunidos en la Ciudad de San Salvador, los días 4, 5 y 6 de mayo del 2010, por motivo del Taller sobre **Planes de Recursos Humanos y Atención Primaria de Salud: los Desafíos de la Coordinación Intersectorial y Social**, organizado por la Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario y la Organización Panamericana de la Salud, en colaboración con los Ministerios de Salud de El Salvador y Brasil, luego de haber analizado la situación de las políticas y planes de recursos humanos de nuestros países, queremos manifestar lo siguiente:

- Persisten en nuestros países 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 apropiados para las familias y a las comunidades que sirven, con la calidad requerida, tanto humana, cultural como técnica;
- Frente a esta situación histórica, asistimos a procesos de transformación de nuestras sociedades y de profundización del espacio democrático, en los cuales los movimientos y reivindicaciones sociales en salud, incluyendo de los pueblos indígenas, tienen una contribución fundamental;
- En muchos países, los procesos de transformación social se encuentran reforzados por una voluntad política del más alto nivel y por Políticas de Estado orientadas a la reducción de la pobreza y la exclusión social, la afirmación del derecho a la salud y la extensión de la protección social y de cobertura de atención, conformando un nuevo pacto social;
- Dichas Políticas de Estado constituyen un reto para los gobiernos y las administraciones públicas en el logro de sus efectos redistributivos y de su permanencia, y requieren de estrategias innovadoras en el desarrollo y la construcción de viabilidad de políticas, planes y programas sectoriales;
- El compromiso con el derecho a la salud y la Atención Primaria de Salud implica, por parte de nuestras administraciones, 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.

Considerando lo anterior, queremos reiterar nuestro compromiso con el derecho a la salud y el fortalecimiento de sistemas de protección social, y expresar nuestra voluntad, bajo los principios de solidaridad, de apoyo mutuo y de cooperación, para:

1. **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, en el marco de la estrategia de atención primaria de salud;
2. **Promover una cultura de diálogo**, intercambio y aprendizaje mutuo entre sectores clave de gobierno al desarrollo de políticas y planes de recursos humanos para la salud, en una lógica de responsabilidad compartida con las políticas de gobierno;
3. **Generar, fortalecer y sostener ámbitos y mecanismos institucionales** de intercambio de información, análisis, planificación, coordinación y concertación con sectores clave de gobierno, particularmente los sectores de Finanzas, Planeación, Educación, Servicio Civil y Trabajo, los diferentes niveles de gestión del sistema de salud y los actores sociales relevantes;
4. **Profundizar los procesos de cambios, ordenamiento y desarrollo institucional** de las funciones de planificación, regulación, gestión de la educación y del trabajo en salud y de administración de personal de los ministerios de salud;
5. **Desarrollar sistemas gerenciales integrados de información** sobre recursos humanos de salud, y redes colaborativas de información;
6. **Intercambiar experiencias**, expertos, modelos, métodos, estudios y otros recursos relevantes para resolver los problemas de la gestión de políticas de recursos humanos para la salud;
7. **Aprovechar de manera conjunta las posibilidades de apoyo** y de cooperación entre países, con las organizaciones internacionales, con las instancias de integración y las propias capacidades de cada país.

San Salvador, 6 de mayo del 2010

## SEGUNDA PARTE

---

# ESTUDIOS DE PAÍSES SOBRE PLANES DE RECURSOS HUMANOS Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: DESAFÍOS PARA LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL Y SOCIAL

Metodología de los Estudios

Estudio de Bolivia

Estudio de El Salvador

Estudio de Guatemala

Estudio de Honduras

Estudio de Paraguay

Estudio de Perú

# Metodología de los Estudios

---

La elaboración de los documentos de país consideró los siguientes lineamientos:

Constituirían el insumo principal para las presentaciones de las delegaciones de los países participantes en la reunión. Su preparación debía involucrar a los integrantes de las delegaciones de país, y ser relevante y de utilidad en el propio desarrollo de los planes nacionales de recursos humanos en los países participantes.

Para promover la apropiación del proceso por las autoridades nacionales de salud, se planteó que los profesionales encargados de la preparación del documento, fueran identificados por las mismas autoridades, en consulta con la oficina de la OPS del país. En forma preferencial, debían ser profesionales nacionales que trabajaran en estrecha relación con un grupo creado para este propósito, en el Ministerio de Salud (Dirección de Recursos Humanos) y que pudieran además complementarse con expertos provenientes de los sectores de economía, finanzas, trabajo y educación.

La metodología propuesta para la preparación de los documentos estableció las siguientes fases: (a) la identificación y la revisión de la documentación existente, tal como enunciados de políticas, estrategias, planes; marcos legales; evaluación de planes; (b) la realización y el análisis de datos provenientes de entrevistas semi-estructuradas a informantes claves de los distintos ministerios y (c) la discusión y validación de los hallazgos por parte de los integrantes de cada delegación. Los países podían agregar otros aspectos además de los propuestos.

Se propuso que se realizaran por los menos 2 sesiones “Elluminate” con los responsables de los documentos de país; una primera al inicio del proceso para comunicar los objetivos y la metodología y aclarar dudas; y una segunda a mitad de camino, para asegurar criterios comunes en la preparación de los documentos.

El documento debía tener los siguientes contenidos:

- Desarrollo de políticas de recursos humanos para la salud y transformación de los modelos de atención. En este contenido debían incluirse:
  - ▶ Los marcos de política para la transformación del sistema de salud. El objetivo de esta sección es describir la visión, las orientaciones estratégicas y el marco de políticas para la transformación del sistema de salud, con especial interés en la renovación de la atención primaria de salud.

- ▶ El marco de políticas de recursos humanos. Esta sección tiene por objetivo describir la visión, las orientaciones estratégicas y el marco de políticas de recursos humanos para sostener sistemas de salud basados en APS.
- ▶ El proceso de participación en el desarrollo de políticas de recursos humanos. Esta sección analiza la experiencia del país en la movilización de los actores sociales relevantes para la formulación de las políticas y la construcción de viabilidad de los planes de recursos humanos.
- Desarrollo de los planes de recursos humanos y coordinación con sectores clave de gobierno.
  - ▶ Situación del desarrollo de los planes de recursos humanos para la salud. Los marcos de políticas de recursos humanos encuentran su expresión operativa en los planes de recursos humanos. Esta sección examina los niveles de avances en la formulación y ejecución de los planes, sus principales componentes así como las principales limitaciones o problemas encontrados.
  - ▶ El proceso de coordinación con sectores clave de gobierno. Esta sección explora las relaciones entre el Ministerio de Salud por un lado, y los ministerios de Finanzas, Trabajo y Educación (o instancia de educación superior) por el otro, en la construcción de viabilidad del plan de recursos humanos.
- Análisis, reflexiones, recomendaciones. Esta sección considera los comentarios e ideas fuerza de la discusión con los integrantes de la delegación de país y la máxima autoridad de salud, acerca de los hallazgos del estudio de país; las reflexiones de los autores y las recomendaciones para mejorar la calidad y viabilidad de los planes de recursos humanos mediante la concertación con sectores clave.

En este taller se presentaron los estudios de seis países: Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay y Perú.

## Presentación

El presente documento denominado *“Análisis de situación de primera aproximación de la coordinación intersectorial con los ministerios de: Educación, Trabajo, Empleo y Previsión Social, Economía y Finanzas, en relación a la implementación y ejecución de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud – Bolivia”*, da cuenta de la cultura y lógicas de coordinación intersectorial de los sectores del Estado plurinacional en nuestro país, por una parte y, por otra, de los imaginarios del gobierno y del Ministerio de Salud, materializados en el Plan de Desarrollo Económico Social “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” y del Plan Sectorial de Salud.

A partir del 22 de enero del 2006 Bolivia inició una nueva etapa de su historia, teñida de esperanzas y grandes desafíos, en tanto el gobierno se planteó la necesidad de construir la “Revolución Democrática y Cultural”.

*“Las propuestas y orientaciones del Plan Nacional de Desarrollo, constituyen la base y el inicio del desmontaje del colonialismo y neoliberalismo en nuestro país, constituyen así mismo las demandas seculares y actuales del pueblo para construir un Estado Pluricultural y Comunitario que permita el empoderamiento de los movimientos sociales y pueblos indígenas emergentes, siendo su principal aspiración que los bolivianos y bolivianas vivamos bien”<sup>3</sup>.*

El Plan Sectorial de Salud y por ende las políticas de salud se inscriben en el marco del Plan Nacional de Desarrollo Económico Social del Gobierno y en lo que hace a la Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud, ésta asume los planteamientos y orientaciones formulados en el Plan Sectorial de Salud.

## 1. Antecedentes

El 18 de diciembre del 2005 es el punto de inflexión más alto en la historia de Bolivia, con el abrumador triunfo de un indígena —Evo Morales Ayma— en la contienda electoral de ese año.

3. Gobierno de Bolivia 2007. Plan Nacional de Desarrollo. “Bolivia Digna Soberana, Productiva y Democrática para “Vivir Bien” D. S. N° 29272, del 2007. Gaceta Oficial de Bolivia.

El Plan Nacional de Desarrollo se inscribe en “los cambios económico-sociales, políticos y culturales promovido por los movimientos sociales y originarios”. Por tanto, con base a esas propuestas ha sido elaborado el plan, presentado en su primera versión a los movimientos sociales y al Presidente del Estado Plurinacional en junio del 2006. El documento ingresó a un proceso de socialización a lo largo y ancho del país, para su revisión y complementaciones y, a partir de ellas, se efectuaron los reajustes necesarios, presentando la última versión actualizada, versión que fue aprobada en septiembre del 2007 mediante el Decreto Supremo N° 29272.

La construcción de las políticas de salud y, por ende, el plan sectorial, siguió el mismo proceso de consulta, análisis, reflexión y propuestas con, y de la sociedad civil organizada. El Ministerio de Salud y Deportes, desde el 2006, convocó nueve talleres departamentales pre-constituyentes y un taller nacional con el objetivo de sistematizar las propuestas realizadas en los talleres departamentales, estas producciones constituyeron los insumos para elaborar el Plan Sectorial de Salud, que es aprobado conjuntamente con el Plan Nacional de Desarrollo.

La Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud, retoma las propuestas y orientaciones del Plan Nacional de Desarrollo y del plan sectorial y por ende de las políticas de salud. La construcción de dicha política, al igual que las anteriores, se desarrolló con la participación de la sociedad civil organizada.

La construcción de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud se inicia a mediados del 2007, habiendo sido aprobada mediante resolución ministerial en diciembre del 2009.

## **2. Marco Político para la Transformación del Sistema Nacional de Salud**

### **2.1. Marco Político de Nivel General (Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia)**

#### *Constitución Política del Estado Plurinacional*

Constituye la ley de leyes que orienta la transformación de la sociedad y del Estado en general y de las políticas sectoriales en particular.



Capítulos/ Sección	Artículos	Contenido
<b>Segundo</b>	<b>Derechos fundamentales</b>	
	Art. 18. I.	"Todas las personas tienen derecho a la salud"
	II.	"El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna"
	III.	"El Sistema ÚNICO de Salud será universal, gratuito, equitativo intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El Sistema se basa en los principios de solidaridad, eficacia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno"
<b>Quinto</b>	<b>Derechos sociales y económicos</b>	
Sección II	Derecho a la Salud y a la Seguridad Social	
	Art. 35. I	"El Estado en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud"
	II.	"El Sistema de Salud es Único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena campesinos"
	Art. 36. I.	"El Estado garantizará el acceso al Seguro Universal de Salud"
	Art. 37.	"El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la Promoción de la salud y la prevención de enfermedades"
	Art. 40	"El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones y en la gestión de todo el Sistema Público de Salud"

### *Plan Nacional de Desarrollo. "Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien"*

Está dirigido a la construcción de una nueva sociedad fundada en la energía y en la capacidad derivada de la multiculturalidad que posee el país, y en la diversidad de las prácticas solidarias ejercitadas por las comunidades urbanas y rurales en la construcción de una nueva forma organizativa nacional. La última sustentada en la nueva institucionalidad afirmada en un nuevo Estado social comunitario, descolonizado y fundado en la multidiversidad social urbano rural, expresión de la diversidad de intereses y aspiraciones de cambio en función del "Vivir Bien."

De acuerdo a los lineamientos estratégicos del plan de desarrollo, todos los planes de los ámbitos sectoriales y territoriales deberán incorporar en su estructura los objetivos con relación a los cuatro pilares del mismo:

- **Pilar I. Bolivia Digna:** Su objetivo "es la erradicación de la pobreza e inequidad, de manera de lograr un patrón equitativo de distribución y/o re-distribución de ingresos, riquezas y oportunidades..."

- **Pilar II. Bolivia Soberana:** Cuyo objetivo es *“la de contribuir a constituir un Estado en un actor internacional soberano, autodeterminado, con identidad propia mediante una política exterior que oriente la acción política y diplomática con personas de los pueblos y defensa sostenible de los recursos naturales y de biodiversidad...”*
- **Pilar III. Bolivia Productiva:** Esta orientada hacia la *“transformación, el cambio integrado y diversificado de la matriz productiva, logrando el desarrollo de los complejos productivos integrales y generando excedentes, ingresos y empleos con la finalidad de cambiar el patrón primario exportador excluyente...”*
- **Pilar IV. Bolivia Democrática:** Esta dirigida a *“construir una sociedad y Estado plurinacional y socio-comunitario, donde el pueblo ejerza el poder político, social y comunitario y sea co-responsable de las decisiones sobre su propio desarrollo y del país. El pueblo no sólo elige, sino revoca mandatos ejerciendo el Control Social...”*

El Plan Nacional de Desarrollo constituye la herramienta *“dirigida a remover desde sus raíces, la profunda desigualdad social y la inhumana exclusión que oprime a la mayoría de la población boliviana y particularmente a los indígenas y campesinos, lo que implica un cambio en el Patrón de Desarrollo primario exportador, iniciándose éste con la transformación de la matriz productiva. El desmontaje del colonialismo neoliberal, la descolonización del Estado y la nueva construcción de la identidad boliviana, basada en la institucionalidad multinacional con enfoque intercultural comunitaria”*. Por otro lado, la propuesta de desarrollo tiene su fundamento en el *“Vivir Bien”*, es una demanda de humanización, donde la diversidad cultural asegura la responsabilidad y obligación social en el desempeño de la gestión pública. De esta manera el desarrollo se convierte en un proceso colectivo de decisión y acción de la sociedad como sujeto activo y no como receptor de directivas *“verticales”*.

En el sentido anterior el *“Vivir Bien corresponde a un patrón de Desarrollo y de democratización integral plurinacional y diversificado, donde el desarrollo y la democracia tienen la misma importancia. No existe desarrollo sin democracia, sin extender la participación social en la actividad y las decisiones políticas económicas y culturales”*<sup>4</sup>.

4. Gobierno de Bolivia 2007. Plan Nacional de Desarrollo. *“Bolivia Digna Soberana, Productiva y Democrática para “Vivir Bien”* D. S N° 29272, del 2007. Gaceta Oficial de Bolivia.

## 2.2. Marco Político de Nivel Sectorial

### *Del Plan Sectorial de Salud*

El Plan Sectorial de Salud fue aprobado por el D.S. N° 29272, en el se puntualiza el carácter excluyente e inequitativo del Sistema de Salud y de los servicios, situación agravada en mas de 20 años por los gobiernos neoliberales, con lógicas universalizantes y homogeneizadoras, que corresponden a paradigmas de un Estado-Nación en crisis por una parte y, por otra, con una perspectiva altamente economicista y por ende deshumanizante. En tal virtud, el Sector Salud en esas décadas sufre recortes presupuestarios en la lógica del achicamiento el Estado, con la consiguiente proliferación de servicios y centros de salud privados, unido a la depresión salarial, el aumento del desempleo por las “relocalizaciones” de trabajadores de sectores estratégicos de la producción y servicios, etc. Debido a estos factores se incrementa la desigualdad, la exclusión en salud y el debilitamiento de las instituciones públicas del sector que se traduce en el incremento de las denominadas enfermedades de la pobreza.

Para revertir la crítica situación de salud de la población, el gobierno nacional ha definido una nueva política social, en cuyo centro se encuentran la salud y la seguridad social. En ese marco, el Ministerio de Salud y Deportes, con una visión integral e intersectorial, hace una propuesta para el cambio, cuyo objetivo es la eliminación de la exclusión social, partiendo del reconocimiento de lo social como totalidad que permita efectuar una caracterización de la situación de salud, y formular propuestas articuladas para la solución de los problemas de salud y lograr transformaciones socio-económicas.

El Plan Sectorial de Salud tiene estrecha relación con los postulados del Plan Nacional de Desarrollo.



### *Políticas de Salud*

- **Sistema Único de Salud Familiar, Comunitario Intercultural**

Está orientado a superar toda forma de exclusión y discriminación en salud, por razones económicas, culturales y sociales a través de la universalización al acceso a la salud, llegando a las poblaciones más dispersas, mediante el fortalecimiento de las redes de salud. **Esta política constituye un mandato establecido en la C.P.E. Art. 18. Puntos I, II y III y Art. 35. Punto II.**

- **Rectoría**

Dirigida a recuperar y consolidar la soberanía y la rectoría del Ministerio de Salud y Deportes sobre el Sistema Sanitario, liderizando la intersectorialidad para la salud con mayor capacidad de gestión que permita garantizar la sostenibilidad financiera del sector, protegiendo la salud de todos los bolivianos/as, sus condiciones de vida, de trabajo (Vivienda, servicios básicos, etc.) y su relación con el medio ambiente. **Establecida en la C.P.E. Sección III. Ministerios de Estado, incisos del 1 al 8. Capítulo VIII: Distribución de competencias Art. 298. Punto II, y Competencias. Exclusivas del nivel Central del Estado. Punto 17.**

- **Mobilización social**

*“Esta política está dirigida a promover la ciudadanía activa, participativa y responsable, garantizando el desarrollo de las potencialidades humanas para actuar en libertad, generando procesos de empoderamiento en los consejos de salud de nivel local, municipal, departamental y nacional para que efectúen una buena gestión y control social”.* **Mandato establecido por la C.P.E. Título VI: Participación y Control Social. Art.: 241, puntos I al VI, Art. 242. Incisos 1 y 2.**

- **Promoción de la salud**

*“Está dirigida a la recuperación de la responsabilidad del Estado en promover la cultura de salud integral para una calidad de vida, mediante el establecimiento de alianzas intersectoriales, para incidir en los determinantes económico–sociales, políticos y culturales que afectan directa o indirectamente en la salud y la vida de las poblaciones indígena originario campesinos, afro bolivianos y clases medias”.* **Esta política es un mandato establecido en la Constitución Política de Estado Plurinacional, principalmente el Art. 37 y los artículos, 16, 17, 19 y 20, del Capítulo Segundo de los Derechos Fundamentales que tienen relación con los determinantes.**

- **Solidaridad**

*“Esta política asume como estrategia el desarrollar una Alianza Nacional dirigida a la erradicación de la desnutrición, la violencia, la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de personas discapacitadas y la inclusión de grupos desprotegidos que viven en extrema pobreza”.* **Respaldada por la C.P.E. en la Sección VIII: Derechos de las personas con Discapacidad. Art. 70, inciso 2 y Art. 72.**

- **Medicina tradicional e interculturalidad**

*“Dirigida a recuperar la farmacopea herbolaria utilizada por nuestros ancestros, sin olvidar que ella constituye los principios activos de cualquier medicamento, por una parte y por otra generar mecanismos de complementariedad y reciprocidad en los procesos de atención a la enfermedad y eventos históricos como el cuidado antes, en y después del parto por los etno–médicos y parteras comunitarias”.* **Política que constituye un mandato establecida en la C.P.E. Art. 42, puntos I, II y III.**

- **Desarrollo de recursos humanos para la salud**

Ninguna política, sea esta económica, social, cultural, será sostenible en el tiempo si no se tiene en cuenta el factor “recurso” humano, ya que es el

medio a través del cual se logran los objetivos propuestos, esta política, constituye el eje central de los cambios y transformaciones propuestos por el Sector Salud.

### 2.3. Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural (Plan Sectorial de Salud)

El Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural ha sido aprobado mediante el Decreto Supremo N° 29601 del 2008, por tanto constituye un componente fundamental de la política oficial del Ministerio de Salud y Deportes.

El Modelo SAFCI, constituye la **nueva forma de pensar, comprender, sentir y hacer salud** en escenarios diversos y pluriculturales (Ayllus, Tentas, Markas, capitánías, barrios, tierras comunitarias de origen), involucra, vincula y articula a los médicos, parteras tradicionales y médicos académicos con la persona, la familia, comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud<sup>5</sup>.

#### *Objetivo de la Salud Familiar, Comunitaria Intercultural*

*“Buscar que la Salud se ejerza como derecho fundamental para que la familia, la comunidad tengan una atención de salud que no sólo vea la enfermedad de la persona, sino también la armonía con ella misma, con la comunidad y con la naturaleza, aceptando y valorando lo que sienten, conocen y practican”<sup>6</sup>.*

#### *Principios de la Salud Familiar, Comunitaria Intercultural*

- Participación social-comunitaria
- Intersectorialidad
- Integralidad
- Interculturalidad

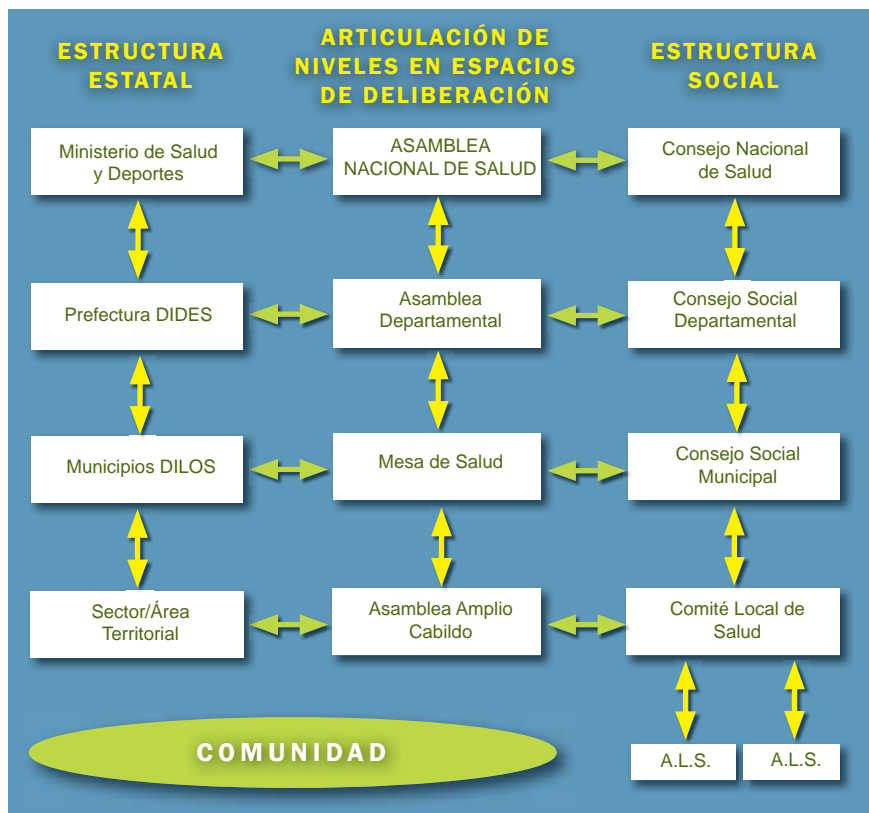
5. Ministerio de Salud y Deporte. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social 2009. Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Documento técnico – estratégico. N° 171. La Paz – Bolivia.

6. Ministerio de Salud y Deporte. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social 2009. Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Documento técnico – estratégico. N° 171. La Paz – Bolivia.

## Componentes de la Salud Familiar, Comunitaria Intercultural

- **Modelo de gestión participativa.** Es uno de los mecanismos que genera espacios de participación, donde las comunidades urbanas y rurales (Ayllus, Tentas, Markas, Jatas entre otros) a través de sus representantes legítimos en salud, toman decisiones de manera corresponsable en los niveles del Gobierno Municipal, departamental, el equipo de salud y la comunidad representada en comités de salud y consejos sociales municipales, departamentales y nacional; por otro lado es el espacio donde se consensúan las actividades de **identificación-investigación** de problemas, limitaciones, potencialidades, demandas, adopción de estrategias, formulación de planes y programas, proyectos, presupuestos para su ejecución, evaluación de resultados, siendo **el principal instrumento la planificación participativa**.

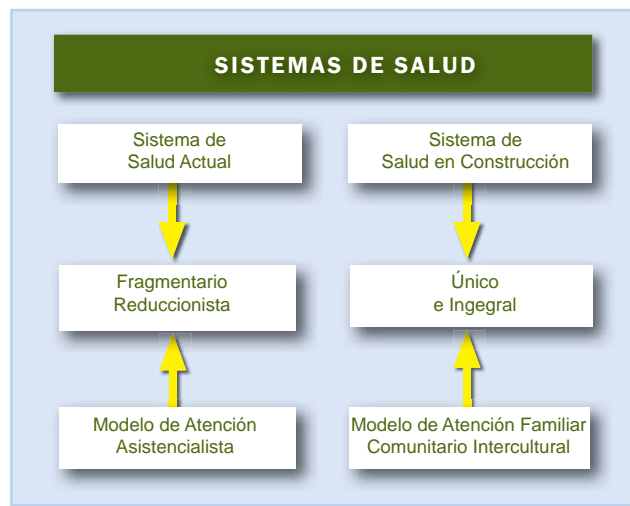
El modelo de gestión participativa plantea niveles de deliberación y decisión, tal como se observa en el gráfico siguiente:



- Modelo de Atención de Salud Familiar, Comunitario Intercultural.** Este modelo se encuentra sustentado en una filosofía e ideología y un posicionamiento político cualitativamente distinto al modelo asistencialista de salud.

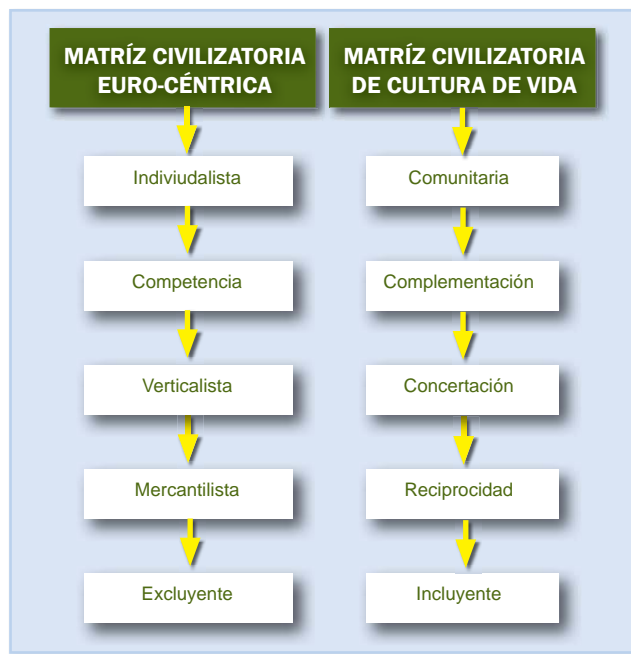
En este modelo, se trabaja en forma conjunta con los sujetos y actores sociales de las comunidades (Ayllus, Tentas, Jatas, Markas entre otros) PARA LA VIDA y no para la muerte. Los operadores de salud, salen del puesto o centro de salud para interactuar con las familias sanas o enfermas de las comunidades, y en ese su recorrer cotidiano identifican diferentes patologías, potencialidades etc., poniendo en práctica la investigación-acción participativa, atendiendo las patologías encontradas, efectuando acciones de prevención y de promoción en los diferentes niveles de deliberación y decisión de las mismas.

El Modelo de Atención de Salud Comunitaria se sustenta en los siguientes principios y valores.



Elaborado por el Dr. Franz Trujillo. Coordinador Interno RM SAFCI. La Paz, Bolivia, 2008.





Elaborado por el Dr. Franz Trujillo. Coordinador Interno RM SAFCI. La Paz, Bolivia, 2008.

- **Dos experiencias prácticas de la Salud Familiar, Comunitaria Intercultural.**

- ▶ **Residencia Médica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural.**

El Ministerio de Salud y Deportes ha puesto en práctica el Modelo de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural, a través de la Residencia Médica SAFCI, constituyendo en el momento actual una de las experiencias que concreta en la práctica las políticas del Sector Salud y los planteamientos, filosófico-teóricos, metodológicos y técnicos del Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural.

La Residencia Médica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural fue creada en el año 2007 en el Congreso Ordinario del 2006 del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación, Comité conformado por representantes del Ministerio de Salud y Deportes, el Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana (CEUB) y el Ministerio de Educación.

### N° DE M.R. SAFCI SEGÚN GESTIONES ACADÉMICAS

Nº	Gestiones Académicas	Nº de M.R. SAFCI	Observaciones
1	2007-	131	Primer grupo, egresado en marzo del 2010
2	2008-	31	Segundo grupo, egresan en marzo del 2011
3	2009-	50	Tercer grupo, egresan en marzo del 2012
4	2010-	46	Cuarto grupo, egresan en marzo del 2013
	<b>Total</b>	<b>260</b>	

► Equipos Móviles de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural

El Ministerio de Salud y Deportes decidió conformar equipos de salud itinerantes conformados por: un médico, una enfermera, un odontólogo, un profesional del área social (sociólogo, trabajador/a social) y un conductor.

Se cuenta con 50 equipos ubicados en los nueve departamentos del país, implementando el Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural, realizando actividades de atención, prevención y promoción de la Salud.

## 2.4. Principales Desafíos para la Implementación de las Políticas Sectoriales

- Uno de los principales desafíos es el construir el Sistema Único de Salud **en una perspectiva crítica de intercultural**, ya que esta categoría va más allá de la infraestructura, del equipamiento, de las normas, etc., de los servicios de salud, muy necesarios pero insuficientes, si es que asumimos el compromiso del cambio, de la transformación del sector.
- La interculturalidad crítica implica romper con las formas de pensar, sentir y hacer salud, romper con todo el andamiaje del Sistema de Salud que responde a un Estado-Nación con profundos rasgos monoculturales, que homogeneizan por una parte y clasifican por otra, excluyente e inequitativo. Se hace imperiosa la necesidad de subvertir dicha situación. Quienes pensamos, analizamos, reflexionamos, comprendemos, sentimos y quienes hacemos, somos nosotros/as, hombres y mujeres involucrados en el trabajo de salud, por tanto, somos nosotros/as los que debemos y tenemos que provocar en nosotros/as mismos/as esas rupturas y así coadyuvar y provocar cambios en los sectores del gobierno en tanto constituyen elementos fundamentales para implementar el Sistema Único con una perspectiva crítica de interculturalidad, en las instituciones públicas y privadas, formadoras de recursos humanos, organismos internacionales y ONG, y en la misma población.

- Generar procesos de formación permanente en el marco de la Salud Familiar, Comunitaria Intercultural para el personal del Sistema Nacional de Salud.
- Gestionar, ante el Ministerio de Economía y Finanzas, para contar con los recursos económicos para la contratación del personal necesario y suficiente para la implementación y ejecución del Sistema Único de Salud en una perspectiva crítica de interculturalidad, universal y gratuito.
- Sentar las bases y generar mecanismos en forma conjunta con los médicos y parteras tradicionales para que ambos sean parte del Sistema de Salud.
- Reordenar el andamiaje de infraestructura y equipamiento, implicando la realización de una caracterización de los centros de salud y definiendo prototipos de acuerdo a regiones culturales, redefinición de las redes entre otros aspectos.

## 2.5. Perspectiva de Expansión de la Salud Familiar, Comunitaria Intercultural

Con la implementación del Sistema Único de Salud en la perspectiva de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, en el corto y mediano plazo se considera que las principales enfermedades bajarán, y subirán los niveles de coordinación, concertación y la realización de alianzas estratégicas con municipios, gobernaciones, sectores y otras instituciones dirigidas a incidir en los determinantes de salud.

El Ministerio de Salud cuenta con normas nacionales: sobre calidad de atención de redes: Municipal de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural, Red Municipal SAFCI y Red de Servicios de Salud. R.M. N° 1036, Referencia y Retorno, Caracterización de Centros de Salud y Hospitales de Segundo Nivel. Estas normas serán reajustadas de acuerdo a la Ley del Sistema Único de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural.

## 2.6. Proceso de Construcción de las Políticas del Sector Salud

Las políticas de salud son el resultado de análisis, reflexiones y propuestas de los representantes de las naciones indígenas originario campesinos, comunidades interculturales, universidades, organismos internacionales, del Sistema Nacional de Salud, reunidos en los nueve departamentos de Bolivia y congregados posteriormente en una reunión-taller de nivel nacional cuyo objetivo fue sistematizar todas las propuestas realizadas en los talleres de los nueve departamentos.

## 2.7. Problemas Identificados para la Implementación y Ejecución de las Políticas del Sector

- Perspectivas y lógicas ancladas en un quehacer, fragmentado, biologicista y medicalizado, correspondiente a la lógica de un Estado-Nación monocultural.
- Cambios frecuentes de autoridades y por ende interrupción de procesos de cambio y transformación iniciados con voluntad política.

## 3. Marco de Políticas de Recursos Humanos para la Salud

### 3.1. Visión de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud

Está dirigida a:

*“Consolidar una masa crítica laboral comprometida con los cambios que se vienen dando en el país en general y con las políticas del sector de salud en particular, capaces de constituir equipos de salud con una perspectiva integral/holística intercultural, basados en los principios de solidaridad, equidad, complementariedad y reciprocidad en todos los niveles de complejidad articulados en redes intra- e inter-sectoriales, que promuevan el verdadero ejercicio del derecho a la salud, brindando servicios de salud en una relación horizontal y simétrica a las diversas culturas y cosmovisiones articulando y complementando conocimientos, saberes, sentires y prácticas dirigidos a ‘Vivir Bien’, las familias y las comunidades”.*

### 3.2. Aprobación de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud

El Ministerio de Salud y Deportes cuenta con una Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud aprobada mediante Resolución Ministerial N° 1233.

### 3.3. Articulación de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud con las Políticas Nacionales y del Sector

La Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud se encuentra totalmente articulada al “Plan Nacional de Desarrollo Económico: Bolivia Digna Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” y por ende a las políticas del Sector Salud.

### 3.4. Principales Líneas de Acción de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud

Se han identificados seis líneas de acción:

- **Línea de acción 1:** Socialización de las políticas nacionales, de Salud y de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos.
- **Línea de acción 2:** Gestión y administración de recursos humanos para la salud.
- **Línea de acción 3:** Formación de recursos humanos para la salud que articule el pregrado, postgrado, educación continua y educación permanente con visión intercultural y en relación a la realidad socio sanitaria del país.
- **Línea de acción 4:** Sistema de información de recursos humanos para la salud articulado al SNIS.
- **Línea de acción 5:** Sistema de investigación en salud.
- **Línea de acción 6:** Creación del Centro de Formación de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

### 3.5. Proceso de Formulación de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud

En la gestión 2007, siendo Ministra de Salud y Deportes la Dra. Nila Heredia, se ve la necesidad de construir la Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud, necesidad que es analizada y pensada como respuesta a las exigencias de los cambios que se vienen dando en el país en general y del sector salud en particular.

La Política de Desarrollo de Recursos Humanos se elaboró en tres talleres nacionales con la participación de representantes de las facultades de Ciencias de la Salud de las diez universidades públicas, la Universidad Católica Boliviana, representante de los nueve servicios departamentales de salud (SEDES), representantes de las organizaciones sociales (COB, CONAMAQ, CSUTCB, CIDOB, APG, Bartolina Sisa, Movimiento de Mujeres “Juana Azurduy de Padilla”, Comunidades Interculturales, colegios de profesionales del Área de Salud), representantes de las direcciones generales (Planificación, Servicios, Promoción de la Salud) representantes de las diferentes unidades (Salud Comunitaria y Movilización Social, RMSAFCI), representantes de los trabajadores de salud, escuelas de Salud Pública del Ministerio de Salud y Deportes y representantes de la OPS/OMS.

Las convocatorias para los tres talleres nacionales fueron efectuadas por lo/as ministros/as, se hizo el debido seguimiento telefónicamente desde el Despacho de la MAE del Ministerio de Salud y Deportes.

### 3.6. Estrategia de Socialización de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud

- Aprobación de la política mediante Resolución Ministerial N° 12 33.
- Se presentó la Política de Desarrollo de RHS en un acto oficial al que fueron invitados organismos de cooperación internacional, facultades de ciencias de la salud de la UMSA y de la UPEA, colegios profesionales del Área de Salud, organizaciones sociales, personal del Sistema Nacional de Salud.
- En una jornada de trabajo se socializó dicha política a directores o jefes de recursos humanos de las ocho cajas de Seguridad Social.
- Se cuenta con una Estrategia de Socialización de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos a nivel nacional que por cambio de autoridades no se pudo ejecutar.

### 3.7. Participación en las Instancias de Integración Subregionales

- Una de las reuniones de vital importancia es la realizada en Toronto Canadá, instancia en la que se formularon cinco desafíos y veinte con relación a recursos humanos para la salud, dicho evento marco el norte para la formulación de acciones de la OPS/OMS y de los países miembros.
- En reunión de Ministras/os del Área Andina, realizada en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra de Bolivia el 30 de marzo del 2007, se ratifican los desafíos y las metas establecidas en Toronto, reunión que le otorga una real importancia a este tema.
- En noviembre del año 2007, tuvo lugar en la ciudad de La Paz, Bolivia, la reunión de la Subregión Andina, espacio en el cual se revisó, analizó y complementó el Plan Decenal de Recursos Humanos del Área Andina y MERCOSUR, plan que contempla cinco líneas de acción: (a) Desarrollo de capacidades nacionales para el ejercicio de las funciones de rectoría, definición e implementación de políticas, procesos de planificación y gestión; (b) Monitoreo y evaluación de las 20 metas de Toronto; (c) Desarrollo de una inteligencia colectiva para el manejo y utilización e información de RHS; (d) Formación de especialistas en gestión de RHS —CIRRUS—, y (e) Investigación y gestión de la migración, plan que fue aprobado en la

Trigésima Octava de Ministros y Ministras —REMSAA 2008— realizada en Quito, Ecuador.

- Hay avances significativos en las cinco líneas de acción.

### 3.8. Lecciones Aprendidas

- La construcción de la Política de Desarrollo de RHS constituyó un espacio para conocernos y conocer nuestros imaginarios y los dispositivos fundamentales manejados por los participantes con relación a RHS, evidenciándose posiciones diferentes en algunos aspectos, en otros totalmente coincidentes.
- A trabajar en la diferencia y las discrepancias epistemológicas, teóricas, metodológicas y técnicas.
- Se aprendió a concertar y generar consensos
- Se aprendió mucho de los conocimientos, saberes y prácticas de los representantes de las organizaciones sociales.

## 4. De la Coordinación con Sectores Clave del Gobierno con Relación al Plan Estratégico de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud

### 4.1. Plan Estratégico Decenal de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud

- Para viabilizar la implementación y ejecución de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud se elaboró el plan estratégico decenal de la misma, se trabajó con el método de la Planificación Estratégica. Las seis líneas de acción han sido operativizadas en proyectos inherentes a los problemas priorizados. Para cada proyecto se ha formulado un objetivo general, indicadores, resultados esperados, actividades a realizar/quehacer, los recursos críticos y quién controla los mismos.
- Se han elaborado proyectos de monitoreo, seguimiento y evaluación de las actividades inherentes a cada proyecto, por otro lado, se hizo un cálculo presupuestario para cada uno de ellos; los proyectos serán trabajados a través de consultorías.
- De los 36 proyectos que contiene el Plan Estratégico Decenal de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud, se han priorizado, para ser elaborados en la presente gestión 2010 los siguientes 12 proyectos:

## 4.2. Proyectos Priorizados según Ámbitos de Acción

Proyectos	
<b>Ámbito 1: Administración y Gestión de los RHS</b>	
Proyecto 1.1.	Redefinición de habilidades/competencias, destrezas y responsabilidades del Personal del Sistema Nacional de Salud.
Proyecto 1.2.	Compatibilización de leyes, decretos y reglamentos del Sector Salud.
Proyecto 1.3.	Rediseño de la Carrera Sanitaria ÚNICA en el marco de las nuevas destrezas, habilidades y responsabilidades.
<b>Ámbito 2: Educación en Salud</b>	
Proyecto 2.1.	Formación de RHS en pre- y postgrado (Auxiliar, técnico, licenciatura, especialidad, maestría, doctorado)
Proyecto 2.2.	Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación de los procesos inherentes al proyecto 2.1.
Proyecto 2.3.	Educación Permanente en Salud en todas las áreas geográficas y de desempeño laboral en Salud
Proyecto 2.4.	Sistema de Monitoreo, seguimiento y evaluación de las actividades del proyecto 2.3.
Proyecto 2.5.	Formación de Gestores para la implementación de la Política de Desarrollo de RHS
Proyecto 2.6.	Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación de las actividades inherentes al proyecto 2.
<b>Ámbito 3: Investigación Clínico-Social y Antropología</b>	
Proyecto 3.1.	Diagnóstico de primera aproximación de los contenidos curriculares ofertados en los postgrados, por instituciones formadoras de RHS públicas, privadas e Instituciones Internacionales.
Proyecto 3.2.	Monitoreo, seguimiento y evaluación de las actividades inherentes del proyecto 3.1.
Proyecto 3.3.	Fortalecimiento al Sistema Nacional de Información de RHS articulado al SNIS.

## 4.3. Del Ámbito de Administración y Gestión de Recursos Humanos para la Salud

Se han realizado las gestiones preliminares ante la OPS/OMS y Cooperación Española, próximamente la MAE del Ministerio de Salud y Deportes convocará a una Reunión Interagencial de Cooperación Internacional para explicar el Plan Estratégico Decenal de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud y establecer compromisos de apoyo económico-financiero para la ejecución de los mismos.

## 4.4. Del Posicionamiento de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud en la Agenda del Ministerio de Salud y Deportes

La Dra. Nila Heredia, Viceministra de Salud y Promoción del Ministerio de Salud y Deportes, lidera la elaboración de la Ley sobre el Sistema Único de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural. Se ha visto la necesidad de incorporar en la Ley dos o tres artículos con relación a recursos humanos para la salud.



#### 4.5. Dificultades en la Elaboración del Plan Estratégico Decenal

No hubo ninguna dificultad en su elaboración, pero aún no fue aprobado por el cambio de autoridades.

#### 4.6. Roles de los Ministerios de Educación, Trabajo, Empleo y Previsión Social, Economía y Finanzas

El Decreto Supremo N° 29.894 establece la estructura y atribuciones del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional. El siguiente cuadro da cuenta de las atribuciones comunes inherentes a los cuatro ministerios que son objeto de coordinación intersectorial.

ESTRUCTURA Y ATRIBUCIONES DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO PLURINACIONAL - D. S. 29.894

Nº	Ministerios	Atribuciones/Roles	Ministerio de Salud y Deportes
1.	Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social	c) "Garantizar la inserción y estabilidad laboral de toda la población, considerando la equidad de género, así como de las personas con discapacidad, prohibiendo el despido injustificado"	b) "Regular, panificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud conformado por los sectores de seguridad social a corto plazo, público y privado con o sin fines de lucro y medicina tradicional"
			q) "Promover políticas y programas de prevención, rehabilitación, capacitación y reinserción de las personas con discapacidad"
		k) "Formular políticas salariales"	
		q) "Generar políticas de previsión social en la perspectiva de la construcción de un seguro social universal, solidario y equitativo para la población boliviana"	Viceministerio de Salud y Promoción c) "Elaborar normas y reglamentos para la implementación del seguro universal de salud"
1.1.	Viceministerio de Trabajo y Previsión Social	d) Promover políticas de prevención de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo y asimismo la difusión y el cumplimiento de normas laborales de seguridad y salud ocupacional	
2.	Ministerio de Educación		j) "Regular el funcionamiento de todas las entidades formadoras y capacitadoras de recursos humanos del sector salud en coordinación con el Ministerio de Educación"
2.1.	Viceministerio de Educación Superior de Formación Profesional	g) "Regular el funcionamiento de Escuelas Públicas de formación especializada"	
		i) "Coordinar acciones para la participación boliviana en los acuerdos regionales y subregionales de educación superior de formación profesional"	
		j) "Regular el funcionamiento de las instituciones educativas superiores privadas, públicas no autónomas, indígenas y de convenio"	Viceministerio de Salud y Promoción. k) "Coordinar y promover la elaboración de normas y reglamentos para el funcionamiento de entidades de formación y capacitación de recursos humanos en el marco de las políticas del sector y de los convenios de Integración Docente Asistencial"

*Continúa en la página siguiente...*

Nº	Ministerios	Atribuciones/Roles	Ministerio de Salud y Deportes
3.	Ministerio de Economía y Finanzas	j) "Establecer la política salarial del sector público"	El o la Ministra/o, coordina con el ministerio del ramo, las actividades inherentes a la formulación de la política salarial, incremento vegetativo del sector y creación de nuevos ítems
3.1.	Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal	f) "Reglamentar y aprobar escalas salariales de los órganos y Entidades del Sector Público, en el marco de las disposiciones legales"	
3.2.	Viceministerio de Pensiones y Servicios Financieros	e) "Formular políticas para extender los servicios financieros en áreas rurales y peri-urbanas"	

#### 4.7. El Proceso de Coordinación con Sectores Clave del Gobierno Nacional de Bolivia

##### *Preparación de instrumentos para las entrevistas (guía de entrevistas)*

Se preparó la GUÍA para la realización de las entrevistas manteniendo el fondo de las preguntas propuestas por la Regional de Recursos Humanos para la Salud.

#### RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

Nº	Preguntas	Ministerios		Sistema Universitario de Bolivia
		Trabajo, Empleo y Previsión Social	Educación	Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana
1.	Identificación de líneas de acción plan RHS	<b>Línea de acción 2: Gestión de RHS</b>		
			Proyecto 2.1.: Redefinición de habilidades/competencias, destrezas y responsabilidades de RHS. Universidades privadas e institutos de formación técnica en salud.	Proyecto 2.1.: Redefinición de habilidades/competencias, destrezas y responsabilidades de RHS. Universidades públicas.
		Proyecto 2.2.: Compatibilización de leyes, decretos y reglamentos del sector salud, con base a la N.C.P.E.	Proyecto 2.2.: Compatibilización de leyes, decretos y reglamentos del sector salud, con base a la N.C.P.E.	Proyecto 2.2.: Compatibilización de leyes, decretos y reglamentos del sector salud, con base a la N.C.P.E.
		Proyecto 2.3.: Diseño y gestión de la carrera sanitaria ÚNICA.	Proyecto 2.3.: Diseño y gestión de la carrera sanitaria ÚNICA	Proyecto 2.3.: Diseño y gestión de la carrera sanitaria ÚNICA
		<b>Línea de acción 3: Educación en Salud</b>		
		Proyecto 3.1.: Plan estratégico general de formación continua de RHS en pre- y postgrado. Universidades privadas e institutos de formación técnica en salud.	Proyecto 3.1.: Plan estratégico general de formación continua de RHS en pre- y postgrado. Universidades privadas	

*Continúa en la página siguiente...*

Nº	Preguntas	Ministerios		Sistema Universitario de Bolivia	
		Trabajo, Empleo y Previsión Social	Educación	Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana	
1.	Identificación de líneas de acción plan RHS		Proyecto 3.2.: Normalización de la ejecución de los diferentes programas de formación en pre- y postgrado en universidades privadas e institutos de formación técnica en RHS	Proyecto 3.2.: Normalización de la ejecución de los diferentes programas de formación en pre- y postgrado en las universidades públicas.	
			Proyecto 3.3.: Formación de gestores especialistas en desarrollo de RHS. Universidades privadas.	Proyecto 3.3.: Formación de gestores especialistas en desarrollo de RHS. Universidades públicas.	
			Proyecto 3.4.: Plan de ofertas de postgrado RHS. Universidades privadas.	Proyecto 3.4.: Plan de ofertas de postgrado RHS. Universidades públicas.	
		<b>Línea de acción 4: Sistema de Información Cuanti-Cualitativo de RHS</b>			
		Proyecto 4.1.: Construcción de un Sistema Nacional de Información de RHS articulado al SNIS	Proyecto 4.1.: Construcción de un sistema nacional de información de RHS articulado al SNIS.	Proyecto 4.1.: Construcción de un sistema nacional de información de RHS articulado al SNIS.	
		Proyecto 4.2.: Creación del Consejo Nacional de RHS.	Proyecto 4.2.: Creación del consejo nacional de RHS.		
		<b>Línea de acción 5: Sistema de Investigación en Salud (Clínica-Social-Antropológico-Cultural)</b>			
			Proyecto 5.1.: Plan estratégico general del sistema de investigación en salud en una perspectiva intercultural para el desarrollo.	Proyecto 5.1. Plan estratégico general del sistema de investigación en salud en una perspectiva intercultural para el desarrollo.	
			Proyecto 5.3.: Construcción de políticas de investigación en salud.	Proyecto 5.3.: Construcción de la política de investigación en salud.	
			Proyecto 5.4.: Formación de gestores de investigación en salud.	Proyecto 5.4.: Formación de gestores de investigación en salud.	
		<i>Continúa en la página siguiente...</i>			

Nº	Preguntas	Ministerios		Sistema Universitario de Bolivia
		Trabajo, Empleo y Previsión Social	Educación	Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana
2.	Racionalidad o lógica de argumentación	En el D.S. Nº 2894 se establecen atribuciones a través de sus viceministerios para coordinar las actividades inherentes al plan de RHS del Ministerio de Salud y Deportes.	El Ministerio de Educación considera que los proyectos priorizados, inherentes a las seis líneas de acción de la política de desarrollo de RHS, nos permitirá, primero contar con normas coherentes con los mandatos establecidos en la C.P.E. plurinacional.	El Estatuto Orgánico de la Universidad Boliviana, establece en su Cap. I. Misión. Art. 4. <i>"La formación de profesionales idóneos, con calidad humana, excelencia científica..., promover investigaciones científicas, estudios humanísticos, recuperando los saberes ancestrales... contribuir a la defensa de la soberanía del país y el compromiso con la liberación nacional y social"</i> .
			Segundo, continuar y profundizar el trabajo ya iniciado sobre la modificación de los diseños curriculares en general y en particular de las facultades de ciencias de la salud de universidades privadas.	Cap. II. Principios. Art. 5., inc. m) <i>"La relación con el entorno exige la apertura a las diversas manifestaciones culturales en un permanente diálogo..."</i> Cap. IV. Objetivos. Art. 10., inc. f) <i>"Defender los recursos humanos y naturales del país"</i> .
3.	Niveles de coordinación e intervención en el desarrollo del Plan	No existió relación y participación directa. A partir del plan de RHS que se propone desarrollar el Ministerio de Salud y Deportes intersectorialmente, esta relación y participación deberá ser permanente.	El Ministerio de Educación, realiza coordinaciones puntuales sobre residencias médicas, a través del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación.	La coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes se efectúa a través del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación, la misma que actualmente se reduce al tema de las residencias médicas.
			La coordinación tendrá que ser permanente con el Ministerio de Salud y Deportes para incorporar el componente de salud familiar, comunitaria intercultural en el currículo de las facultades de ciencias de la salud de las universidades privadas.	La política de desarrollo de RHS, consideramos que constituye un dispositivo fundamental para analizar, reflexionar, participar y coordinar de manera permanente, más aún si la política de RHS fue construida con el concurso de representantes de las facultades de ciencias de la salud de la Universidad Boliviana.
4.	Mecanismos establecidos, reglas y procedimientos para la coordinación.	El Decreto Supremo 29894, establece atribuciones para ambos ministerios en relación a RHS, pero también existen otros ámbitos de coordinación (... construcción de un seguro universal solidario y equitativo. Promover políticas de prevención de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo...) Salud y Seguridad Ocupacional.	Los establecidos en el Decreto Supremo 29894 y en la Constitución Política del Estado Plurinacional.  Coordinar la puesta en marcha del programa de postgrado en "Medicina Comunitaria", que se tiene previsto desarrollar en el marco del ALBA.	La Universidad Boliviana asume lo establecido en la Constitución Política del Estado en la Sección II., Art. 91., puntos I. y II.; Art. 93, puntos II; Art. 97, y lo establecido en el Estatuto Orgánico de la Universidad Boliviana.

Continúa en la página siguiente...

Nº	Preguntas	Ministerios		Sistema Universitario de Bolivia
		Trabajo, Empleo y Previsión Social	Educación	Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana
5.	Regularidad en las relaciones y coordinaciones.	No existe relación entre ambos ministerios inherente al plan de RHS.  Por las atribuciones de la Dirección General de Previsión Social, sobre todo en la elaboración del Plan de Extensión de Cobertura del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo, aseguramiento público de salud, la realización de inspectorías laborales y médicas a los entes gestores de la Seguridad Social, construir políticas y programas de seguridad y salud ocupacional.	Las relaciones entre ambos ministerios no son permanentes, sin embargo consideramos que la política de RHS, es un buen elemento catalizador para analizar, reflexionar y desarrollar actividades de manera conjunta.	Existe coordinación con relación a la formación de médicos en el ámbito de las especialidades, es decir, de las residencias médicas, esta relación y coordinación no es permanente.
6.	Experiencia del relacionamiento, problemas principales, lecciones aprendidas	No existe ninguna experiencia con respecto a la política y/o planes de RHS.  Se coordinó y trabaja en forma conjunta con el Instituto Nacional de Seguridad Social (INASES) el Plan de Extensión de Cobertura de la Seguridad Social de Corto Plazo, se busca una retroalimentación permanente en temas de Seguridad Social a corto plazo.  En las otras áreas como Salud ocupacional, aún la relación y coordinación no es muy sostenida. El propósito es fortalecer estas relaciones y coordinaciones.	El Ministerio de Educación, es parte del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial, en la que también la Universidad Boliviana a través del CEUB, es un actor principal, sin embargo; con esta instancia existe un relativo distanciamiento debido a su autonomía.  Al haber identificado proyectos comunes de la Política de Desarrollo de RHS, con el CEUB y el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social, se tendrán experiencias positivas,	El Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana, es miembro nato del Comité Nacional de Integración  Docente Asistencial e Investigación. La experiencia en el marco de la formación de RHS, se limita a las Residencias Médicas.  Existe distanciamiento entre la universidad y el gobierno, siendo este distanciamiento histórico.  A partir de haber construido en forma conjunta la política de RHS, su implementación y ejecución deberá ser una tarea conjunta, ya que los proyectos identificados constituyen desafíos e implica realizar un trabajo coordinado y concertado., es decir, sin imposiciones de ningún lado.
7.	Principales actores que influyen positivamente en la concertación para el desarrollo del plan de RHS	Las disposiciones técnicas y administrativas de ambos ministerios.  El Decreto Supremo 29894	Constituyen la Universidad Boliviana, El Ministerio de Salud y Deportes y el Ministerio de Educación, tres instituciones que tienen mandatos concretos en el ámbito de formación por la CPE.	El Ministerio de Salud y Deportes, La Universidad Bolivia y el Ministerio de Educación ya que las tres instituciones están involucradas en la formación de RHS y tienen mandatos concretos por la CPE.

*Continúa en la página siguiente...*

Nº	Preguntas	Ministerios		Sistema Universitario de Bolivia
		Trabajo, Empleo y Previsión Social	Educación	Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana
8.	Mecanismos de construcción de viabilidad del plan de RHS y mejoramiento de las concertaciones	Crear un Comité interinstitucional técnico donde se coordine, discuta y se presenten propuestas inherentes al Plan y a la Política de Desarrollo de RHS	Fortalecer al Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación, previa evaluación de su funcionamiento y, a partir de dichos resultados, efectuar una reingeniería total, que constituya un verdadero mecanismo que viabilice la política de RHS, manteniendo su perspectiva, significado y alcance de la misma.	Es el Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación, sin embargo; éste requiere de una reingeniería total, para que se convierta en un verdadero mecanismo que dé viabilidad a la Política de Desarrollo de RHS en la perspectiva y marco integral y holístico en que la misma está formulada.
9.	Describir un caso real de "negociación" para viabilizar un componente del plan de RHS (carrera sanitaria, incentivos al desempeño...)	Resolver temas administrativos formulados por los trabajadores del sector salud relacionados con el régimen laboral, disciplinario, la carrera Sanitaria ÚNICA y registro de RHS.	Propiamente no fue negociación sino coordinación para ubicar a los 800 estudiantes de 4º y 5º año de medicina llegados de Cuba.  Con el Ministerio de Salud para que disponga de Centros de Salud y hospitales de 2º nivel, con el CEUB, se firmo un Convenio para que al concluir su formación sean las universidades del Sistema Universitario los que extiendan el título académico.	Todos los proyectos identificados inherentes a las líneas de acción de la política de RHS, requieren de una real coordinación y concertación.  Un espacio de coordinación podrán constituir las sectoriales de las facultades de Ciencias de la salud que periódicamente se llevan a cabo en el Sistema Universitario Boliviano.

## 5. Conclusiones y Recomendaciones

Nº	Conclusiones	Recomendaciones
1.	El Ministerio de Salud y Deportes cuenta con la Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud aprobada mediante Resolución Ministerial N° 1233	Debe ser socializada a nivel nacional llegando al conjunto de los actores sociales involucrados en la formación de RHS, Organizaciones sociales, personal del Sistema Nacional de Salud, ministerios, asambleístas legislativos plurinacionales y organismos internacionales.
2.	El Ministerio de Salud y Deportes cuenta con un Plan Estratégico Decenal de la Política de Desarrollo de RHS	<p>Debe ser analizado, reflexionado por las actuales autoridades del Ministerio de Salud y Deportes y posteriormente socializado a nivel de los sujetos y actores sociales involucrados en la formación de RHS, las organizaciones sociales, municipios, personal del SNS, entre otros y aprobado mediante resolución ministerial y comenzar con la elaboración, implementación y ejecución de los diferentes proyectos inherentes a las seis líneas de acción de la Política de Desarrollo de RHS.</p> <p>Convocar a una reunión interagencial con el objetivo de lograr apoyo técnico y económico.</p> <p>Se debe incorporar en el Plan Estratégico Sectorial de Salud</p>
3.	Se requiere la constitución de un equipo de profesionales para que se implemente y ejecute el Plan Estratégico Decenal de la Política de Desarrollo de RHS	Aprovechar la reformulación del POA para incorporar en el mismo al equipo de profesionales requerido. Inicialmente podrían ser consultores de línea y posteriormente de planta con ítems.
4.	Las coordinaciones, concertaciones con los ministerios y las instituciones formadoras de RHS, son esporádicas pese a contar con normas establecidas por el Gobierno Nacional y por el Estatuto Orgánico de la Universidad Boliviana.	Establecer en forma conjunta una estrategia de concertación en base a los proyectos inherentes a las seis líneas de acción, por los ministerios y el Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana (CEUB).

## Bibliografía

Gobierno de Bolivia. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

- \_\_\_ Decreto Supremo N° 29601.
- \_\_\_ Plan Nacional de Desarrollo. “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”.
- \_\_\_ Plan Sectorial de Salud.
- \_\_\_ Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud.
- \_\_\_ Plan Estratégico de Socialización de la Política de Recursos Humanos para la Salud.
- \_\_\_ Plan Estratégico Decenal de la Política de Recursos Humanos para la Salud.
- \_\_\_ Principales leyes, decretos, reglamentos con relación a recursos humanos para la salud.

## Introducción

El presente informe<sup>8</sup> sintetiza los hallazgos del estudio de caso sobre **“Situación de los Recursos Humanos para la Salud en El Salvador”**; dicho estudio ha sido realizado con el objetivo de analizar con base a la información disponible, la situación actual de los recursos humanos para la salud de El Salvador y su relación con los ministerios de Trabajo, Hacienda y Educación, a fin de contar con un documento para ser utilizado como insumo de trabajo en el “Taller de Análisis de Planes de Recursos Humanos para la Atención Primaria de Salud y sus Relaciones con Finanzas, Trabajo y Educación”, para su construcción se recolectó información de fuentes primarias de los diferentes ministerios (puntos focales), así como fuentes secundarias, tomando como base el desarrollo de políticas de recursos humanos para la salud y transformación de los modelos de atención; marco de políticas de recursos humanos; el proceso de participación en el desarrollo de políticas de recursos humanos y el proceso de coordinación con sectores clave de gobierno.

## 1. Antecedentes

La República de El Salvador es el país de menor extensión territorial en la América Continental y está situado en América Central. Tiene una extensión territorial de 21.040,79 km<sup>2</sup>, con una población de 5.744.113 habitantes; geográficamente está dividido en 14 departamentos, en los cuales se distribuyen 262 municipios. De acuerdo con su Constitución Política es un Estado soberano, de gobierno republicano, democrático y representativo; los órganos fundamentales de gobierno son tres: el legislativo, compuesto por una asamblea de 84 diputados; el ejecutivo, encabezado por el Presidente Constitucional de la República; y el judicial, ejercido por la Corte Suprema de Justicia, integrada por 15 magistrados, uno de los cuales es su presidente.

7. Versión revisada DRRHH, MSPAS, 27 de abril 2010.

8. En la elaboración del estudio se contó con el apoyo de un equipo consultor de la OPS, que trabajó junto a la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud (DDRHS) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en la realización de entrevistas a informantes clave del propio Ministerio de Salud y de los ministerios de Educación, Hacienda y Trabajo; en la revisión de documentación referida a las nuevas directrices y propuestas formuladas por la actual administración en materia de salud; en el análisis de la información con el equipo contraparte del MSPAS; y en la elaboración de una versión del documento de país a partir de la información recolectada y analizada.



Para responder al derecho a la salud de la población constitucionalmente establecido, el Sistema de Salud está integrado por el sector público, constituido por el MSPAS al que le corresponde atender un 73,6% de la población, la seguridad social (ISSS), con un 23,9% (atiende solo a población con vinculación laboral), Sanidad Militar (1,1%) y el Instituto de Bienestar Magisterial (1,4%), de acuerdo con la Ley del Sistema Nacional de Salud, aprobada mediante Decreto N° 442, publicada en el D.O. N° 214, Tomo 377 de fecha 16 de noviembre de 2007, el órgano rector es el Ministerio de Salud.

Para dar respuesta a las necesidades en salud de la población que le corresponde, el Ministerio cuenta con una red de 619 establecimientos de salud, de los cuales 588 pertenecen al primer nivel de atención (377 unidades de salud, 3 centros de atención de emergencias, 160 casas de la salud, 46 centros rurales de nutrición, 2 clínicas de personal y 1 CIAMIN); el segundo nivel cuenta con 27 hospitales, en tanto el tercer nivel cuenta con 3 hospitales especializados.

Para la gestión y provisión de los servicios de salud, el Ministerio cuenta con una fuerza laboral de 24.007 recursos humanos para la salud, que se vinculan laboralmente a través de dos tipos de contratación: el 75% nombrado por Ley de Salarios y 25% contratado por fondos GOES; 5.816 recursos constituyen el personal administrativo y 18.191 recursos son profesionales y técnicos; los profesionales médicos hacen un total de 4.318 recursos (17,97% son residentes, 33,21%, médicos generales, 37,21% médicos especialistas, el 5,46% con función administrativa y el 6,13% en servicio social, lo que corresponde al 23,73% del total); 5.639 recursos humanos de enfermería —de los cuales el 60% son auxiliares y un 40% enfermeras graduadas que corresponden a un 31% del total general—; 2.157 promotores de salud que representan el 9,1% del total de recursos humanos y el resto está constituido por profesionales y técnicos en química y farmacia, fisioterapia, nutrición, anestesia y laboratorio clínico, entre otros.

Con el propósito de fortalecer la respuesta del MSPAS, el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) asigna recursos humanos a 91 unidades de salud y a 3 centros de atención de emergencias (extensión de horarios nocturnos, fines de semana y días festivos, además con la estrategia de extensión de cobertura se han contratado ONG para desarrollar intervenciones en salud en zonas desprotegidas). En un primer análisis de la necesidad de recursos humanos necesarios para la implementación del primer nivel de atención y conformando 1.533 equipos de salud comunitaria con enfoque de salud familiar, se requieren a nivel de los catorce departamentos un total de 9.304 recursos humanos entre médicos, personal de enfermería y promotores de salud, actualmente se cuenta con un 57% de los mismos, con una brecha existente de 43%.

Según datos preliminares de las cuentas nacionales en salud, el gasto preliminar de la inversión en recurso humano para el ejercicio fiscal 2009 fue de 252.862.039,00 dólares que representa el 57% del gasto total del MSPAS.

Para la gestión de los recursos humanos para la salud a nivel sectorial no existió en el pasado un interés político por el desarrollo de los recursos humanos para la salud a pesar de ello la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud, que fue constituida por Decreto Ejecutivo número 51 de fecha 24 de junio del año 2003, realizó un esfuerzo interinstitucional para la elaboración de una “Propuesta Política de Desarrollo de Recursos Humanos”, la cual fue luego desactivada.

Existe una desigual relación entre la oferta y demanda de los recursos humanos para la salud, por un lado la oferta de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud no está regulada. De las instituciones formadoras (públicas y privadas) egresan cada año un número creciente de profesionales sin que se registre la apertura de nuevos puestos por parte de las instituciones empleadoras, lo que genera desempleo, migración y precariedad del trabajo.

## 2. Marco de Política para la Transformación del Sistema de Salud

El 1° de junio de 2009 asumió la presidencia en El Salvador el gobierno del Sr. Mauricio Funes, candidato presidencial del Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN). Dentro de su propuesta de gobierno estaba el compromiso político de construir un Sistema Nacional de Salud orientado a mejorar la situación de salud de todos los salvadoreños, como respuesta al deterioro y desmantelamiento que se había registrado en el sistema público de salud. Al mismo tiempo que se registraba una creciente participación del sector privado lucrativo, lo cual dejaba al margen del acceso a la atención a la salud a importantes grupos de población, especialmente niños y mujeres pobres. Por otra parte, en las últimas décadas se intensificaron los crónicos problemas de segmentación, fragmentación, desfinanciamiento y concentración en acciones curativas, en detrimento de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mediante la participación social.

Partiendo de la afirmación de la salud como un derecho humano fundamental, el nuevo gobierno ha adoptado lineamientos que permitirán al país avanzar hacia un sistema único de salud, con cobertura y acceso universal mediante un modelo de atención de salud basado en la estrategia de Atención Primaria a la Salud.

La visión sobre el Sistema de Salud se expresa en el Programa de Gobierno del Presidente (2009), así como en las estrategias contempladas en el documento

de política “Construyendo la Esperanza” (Rodríguez, 2009), dicha visión coloca a la equidad y la universalización de la cobertura a la salud como centro de la política de salud, junto con el fortalecimiento de la intersectorialidad y la participación ciudadana en la gestión y operación del sistema.

La construcción de este Sistema de Salud es una tarea difícil, ya que a las dificultades propias e históricas de un país pobre, se le agregan las derivadas de un prolongado conflicto interno, donde las instituciones de la democracia deben aún alcanzar su plena vigencia. En la presente coyuntura, cada área de la gestión pública puede ser un instrumento para la concertación o bien un espacio adicional de fricción. El MSPAS tiene como política fortalecer y crear espacios de diálogo y concertación; frente a este desafío, el Ministerio asume la reforma con una perspectiva integral que comprende los aspectos estructurales (organización y funcionamiento), culturales (respeto a los derechos ciudadanos, protección a los trabajadores de la salud), normativos (regímenes de contratación).

## 2.1. La Visión del Sistema de Salud para el Quinquenio 2010-2014

El MSPAS se propone para los próximos cinco años alcanzar una mejora sustancial de la salud de la población salvadoreña mediante el desarrollo de un Sistema de Salud con acceso universal e integral (por niveles de prevención) e integrado (por niveles de atención articulados en redes), complementado con acciones intersectoriales que incidan sobre los determinantes sociales de la salud.

Además, se habrá logrado una reforma del modelo de gestión, con una fuerza de trabajo comprometida, formada y capacitada, producto de una política interinstitucional de desarrollo de recursos humanos e innovación tecnológica. Adicionalmente, se habrá fortalecido el rol de rectoría del MSPAS, imprescindible para garantizar la salud de la población como un derecho humano, mediante una articulación interinstitucional e intersectorial, una integración funcional de la seguridad social, y una efectiva regulación del sector privado, acciones que apuntan al desarrollo de un Sistema de Salud más equitativo y eficiente.

Para avanzar en este proceso de transformación del Sistema de Salud y del modelo de atención, el MSPAS se plantea para el 2014, haber fortalecido el marco de acción del Sistema Nacional de Salud, creado por la Asamblea Legislativa mediante la Ley No. 442 de noviembre de 2007.

## 2.2. Ejes de Políticas para la Transformación del Sistema de Salud

El objetivo general de la nueva política de salud es *“Garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional de Salud que fortalezca sostenidamente lo público (incluyendo a la Seguridad Social) y*

*regule efectivamente lo privado, el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, un ambiente sano y seguro, incluyendo (pero no limitándose a ello) la creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutivez y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas” (Rodríguez, 2009: 13).*

Para avanzar en el cumplimiento de este objetivo general, se proponen seis ejes de transformación que contienen a su vez 25 estrategias:

- Estructura, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. A alcanzarse mediante la atención primaria de salud integral, el fortalecimiento de la red de atención del MSPAS, la regulación del sistema nacional de salud y el desarrollo de la participación social y comunitaria.
- Atención a la salud y la enfermedad. Construyendo una red de servicios de salud, que pasa por fortalecer a las instituciones hospitalarias, a la seguridad social, a la salud laboral, a la salud sexual y reproductiva, a la atención a las personas con discapacidad y a la reducción del impacto de emergencias y desastres.
- Desarrollo de recursos humanos en el sistema nacional de salud. Las estrategias a privilegiar son el desarrollo de recursos humanos, la coordinación con el sector formador y el fortalecimiento de la figura del promotor y la promotora de salud.
- Política de medicamentos. Asegurando la garantía de disponibilidad, calidad y uso racional de medicamentos.
- Agua y saneamiento. Priorizando la aplicación de una política de agua potable y saneamiento básico.
- Administración y financiamiento. Lo que comprende el uso eficiente del gasto sanitario, el fortalecimiento de los mecanismos y fuentes de financiamiento y el desarrollo de instrumentos de supervisión, control y seguimiento como una forma de garantizar el cumplimiento de los objetivos, metas y actividades incluidos en el Plan Nacional de Salud.

### 2.3. Enfoque y Estrategia de Organización de los Servicios de Salud

En el marco de la política de salud la estrategia 8 contempla que el *“Sistema Nacional de Salud proveerá a toda la población, mediante la red pública de servicio un conjunto de prestaciones cuyo número y calidad tenderá progresivamente a la integralidad”*. En ese sentido el MSPAS viene trabajando en el diseño de una propuesta de Red Pública Integral de Salud (febrero 2010), orientada a garantizar el acceso universal y con un enfoque integral e integrado a servicios de salud por parte de la población. La propuesta comprende la categorización de los servicios

de salud en siete tipos, agrupados en cuatro niveles de complejidad creciente. El primer nivel de atención tiene el cometido de actuar como puerta de entrada al sistema y estará integrado por promotores de salud y unidades comunitarias de salud familiar. El segundo nivel de atención estará conformado por los hospitales actualmente denominados periféricos o departamentales que se denominarán hospital básico (clínicas básicas) y hospital general (clínicas básicas y especialidades). Las actuales áreas de atención ambulatoria general de los hospitales periféricos y departamentales, se transformarán en unidades de salud, con un esquema de coordinación y equipos de salud propios y población a cargo. El tercer nivel de atención serán los hospitales de especialidades, mientras que el cuarto nivel estará conformado por hospitales de subespecialidades

Como indica la propuesta de redes de servicios de salud del estudio MSPAS (febrero 2010:10)<sup>9</sup>, uno de los aspectos operativos indispensables para las redes de salud, será el de definir la población y territorio de responsabilidad de los distintos niveles que la componen, con amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, para de esta manera poder determinar las características de la oferta de servicios.

De acuerdo a la Dirección de Planificación, en concordancia con las estrategias de política del MSPAS se está desarrollando un sistema que incluye acciones de planificación, monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de salud. Este sistema de planificación parte de un diagnóstico local de necesidades de salud por parte de las unidades de salud, a partir del cual se hace la asignación presupuestaria correspondiente. El plan que surge de ese proceso es monitoreado y evaluado periódicamente en su ejecución presupuestaria y en la calidad de los servicios prestados, dentro de lo cual el papel del recurso humano es central.

## 2.4. Desafíos de la Nueva Política Nacional de Salud

Dado los compromisos establecidos en el marco de la reforma social del gobierno de El Salvador, se contempla la Reforma Integral del Sistema de Salud que conduzca a un Sistema Público Único, eficiente, sostenible, de alta calidad y con cobertura universal, donde se privilegiará el sistema público de salud, al tiempo que normará, regulará y supervisará al sector privado en todas sus modalidades. Basará su accionar en la estrategia de atención primaria de la salud integral, enfatizando sus pilares básicos de intersectorialidad, participación y búsqueda de la equidad que garantice la cobertura en los sitios más vulnerables, distantes e inaccesibles, de manera que toda la población vea garantizado su derecho a la salud.

---

9. Esta propuesta de Red Pública Integral de Salud está aún en proceso de definición.

Se darán pasos hacia la integración gradual de todas las redes de servicios del sector público, para erradicar la segmentación y fragmentación actual y en ese sentido se propone el fortalecimiento de los recursos humanos para la salud, lo que requiere de una planificación conjunta entre instancias formadoras y empleadoras de recursos humanos para la salud, que defina el perfil de desempeño, el comportamiento ético y las necesidades actuales y futuras del sistema reformado con un enfoque de atención primaria de salud.

Por otra parte este desarrollo también debe dar respuesta a los problemas críticos ya identificados de los recursos humanos de los sistemas de salud de América Latina entre los cuales se incluye a El Salvador, y de conformidad a la consulta realizada por OPS en el 2005, en la que se caracterizan los retos fundamentales a los que se enfrentan los países de la Región en el ámbito de los recursos humanos.

Los cinco retos fundamentales identificados se convirtieron en la plataforma común del Llamado a la Acción para una Década de Recursos Humanos de la Salud durante la Séptima Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, celebrada en Toronto en octubre de 2005 y que son coherentes con lo planteado en el documento de política del MSPAS (MSPAS, octubre 2009: 37 y 38):

- Definición de las políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en el sistema de la ubicación de las personas adecuadas en los lugares adecuados para lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población.
- Promover la estabilidad laboral de todos los trabajadores de la salud.
- Generar ambientes de trabajo que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.
- Coordinación con el sector educativo y profesional, la formación, acreditación y homologación de los recursos humanos de pre- y postgrado en salud de acuerdo a la política y el plan nacional de salud (MSPAS, octubre 2009: 37 y 38).

Aprovechando el Llamado a la acción, muchos países iniciaron o intensificaron el proceso de formulación de planes de acción nacionales y subregionales con una perspectiva a 10 años, en los que se enfatiza la necesidad del desarrollo de los recursos humanos en todos sus ámbitos, replanteando el abordaje de los mismos y estableciendo compromisos al interior de cada uno de los países.

En este sentido los retos y desafíos a que se enfrenta la política de salud son muchos, entre los cuales pueden mencionarse:

- Poner término a la existencia de un Sistema de Salud debilitado, segmentado, fragmentado, excluyente, inadecuadamente financiado y con énfasis en acciones curativo-asistenciales, y lograr avanzar en la construcción de un sistema nacional de salud público, fortalecido, integrado en una red de servicios, basada en la atención primaria de salud integral con cobertura universal.
- Regular de manera efectiva al sector privado con fines de lucro, para poner término al proceso de mercantilización de la salud que venía produciéndose a nivel de todo el Sistema de Salud.
- Garantizar la continuidad en el tiempo de las transformaciones del Sistema de Salud propuestas, mediante la conversión de las mismas en una política de Estado, que va más allá de una administración en particular.
- Desarrollar, mediante acciones de formación y capacitación, un recurso humano con una nueva visión y competencias para jugar el papel que le corresponde en este proceso de construcción de un nuevo Sistema Nacional de Salud.

Para superar estos desafíos, será necesario desarrollar una estrategia de participación y concertación nacional en torno al desarrollo de la nueva propuesta de política nacional de salud, en la línea de concertación, cabe mencionar la iniciativa de la Comisión Interinstitucional de Salud (CISALUD) antes limitada a la Prevención de la Influenza Aviar (CONAPREVIAR), la cual ha sido reorientada en sus funciones y en su composición. Desde otros actores, tales como los ministerios de Hacienda y Educación, se señala que “esta experiencia es un espacio de debate técnico y político en el área de determinantes de la salud que podría contribuir al debate de una política interinstitucional de desarrollo de recursos humanos” (entrevistas en los ministerios).

### 3. Marco de Políticas de Recursos Humanos

Este apartado tiene por objetivo reseñar las orientaciones estratégicas y el marco de políticas de recursos humanos para el fortalecimiento del Sistema de Salud, basado en la Atención Primaria en Salud (APS).

Siendo que la visión del Ministerio es reorientar el Sistema Nacional de Salud con base a la estrategia de atención primaria de salud integral, en el documento Construyendo la Esperanza, Estrategias y Recomendaciones en Salud 2009-2014, las autoridades del MSPAS retoman la posición en salud expresada por el Presidente Funes, de conformar una gran alianza nacional alrededor del tema

de salud, capaz de propiciar un cambio seguro que beneficie a toda la población a fin de que reciba servicios de salud integrales de calidad y universales. En tal sentido proponen para ello cuatro grandes estrategias en materia de desarrollo de los recursos humanos:

- **Estrategia 11:** Salud laboral, está dirigida al diseño de un programa para la mejora de la salud laboral de la población trabajadora.
- **Estrategia 18:** Desarrollo de Recursos Humanos, la que principalmente está dirigida al diseño e implementación de la política en este ámbito.
- **Estrategia 19:** Coordinación con el sector formador, está orientada a crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicio de salud a fin de adaptar la educación de los profesionales de salud para la prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.
- **Estrategia 20:** Trabajadores comunitarios de salud, se pretende potenciar las figuras del promotor y la promotora de salud, como elementos básicos del Sistema Nacional de Salud en el primer nivel de atención, con base en la APS.

La implementación progresiva de estas cuatro estrategias permitirá disponer de una fuerza laboral fortalecida, desarrollada, empoderada con su puesto de trabajo y con la visión, objetivos, metas institucionales. Para lograr el desarrollo de las estrategias recientemente se ha creado la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, responsable de la conducción estratégica para el desarrollo de los recursos humanos para la salud, la cual está constituida por dos unidades: Unidad de Gestión del Trabajo y Unidad de Formación y Capacitación de los Recursos Humanos, siendo uno de los retos principales el diseño y ejecución de la Política concertada de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud.

Contando con esta instancia de rectoría y coordinación, el MSPAS podrá contribuir con la formación de un liderazgo en RHS en el ámbito sectorial.

### 3.1. Principales Problemas Prioritarios de Recursos Humanos Identificados en la Organización para el Marco de las Políticas de Recursos Humanos para la Salud

Uno de los grandes retos de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, es el abordaje de los problemas prioritarios de Recursos Humanos identificados en la organización que se detallan a continuación:



- Carencia de una Política de Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud. Sobre esta temática se han realizado dos esfuerzos en el año 2006 y mayo 2009.
- Desempleo y subempleo, generado por factores como un número excesivo de graduados en algunas profesiones, imposibilidad financiera del Sector Salud para contratar personal, producto de las restricciones económicas que padece y existencia de inequidades importantes en las asignaciones de personal en los diferentes servicios.
- Paradójico déficit de recursos humanos<sup>10</sup> (43 % para el primer nivel de atención, 2010), e inequitativa distribución geográfica, poblacional e institucional de los recursos existentes.
- Superposición de criterios diversos, no homologables, para la estimación de las necesidades de personal de salud en los diferentes servicios (Estudio sobre dotación de RHS /USAID, sep. 2009).
- A pesar de que el 75% de los recursos humanos del MSPAS, tiene vinculación laboral por Ley de Salarios y un 25% por Contratos GOES, el Ministerio de Trabajo considera que existe un problema de inestabilidad laboral producto de esta última forma de contratación aún cuando ambos gozan de los mismos derechos de ley (acceso a escalafón, provisión de telas para uniformes y en algunas oportunidades, alimentación).
- Disparidad de condiciones laborales entre la seguridad social (ISSS) y el MSPAS; dado que la brecha entre las prestaciones sociales e incentivos económicos y no económicos son marcadas para un amplio sector de la fuerza laboral, especialmente en los trabajadores del MSPAS.
- Trabajadores que no cuentan con las competencias requeridas para implementar el modelo de atención integral en salud basado en la estrategia de atención primaria, ya que la formación y los programas de educación permanente en salud han tenido, históricamente, un enfoque clínico, por lo se requiere de grandes esfuerzos para adecuar la fuerza laboral a las necesidades institucionales.
- Débiles o deficientes mecanismos de coordinación/cooperación entre las instituciones de salud y los centros de formación de recursos humanos para la salud.
- Ausencia de una carrera sanitaria.
- Carencia de un sistema de planificación de recursos humanos que permita la distribución equitativa y adecuada de los recursos humanos en los establecimientos, basada en descripciones y perfiles de puestos según el

10. Según el informe: OPS 2009: Datos básicos de El Salvador 2000-2008. San Salvador.

modelo de atención primaria en salud integral, para dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

- Carencia de un sistema de información de recursos humanos que permita la toma de decisiones oportuna para la solución de problemas y generar acciones de personal orientadas al desarrollo y a la calidad de atención.

Esta visión, así como las estrategias y acciones propuestas, tiene las acciones que acompañan, en el plano del desarrollo de los recursos humanos, a las políticas y planes propuestos por el MSPAS para la transformación del Sistema Nacional de Salud. En ese sentido, existe total articulación y coherencia entre uno y otro ámbito, tal y como se expone en la siguiente tabla. Cada uno se va desarrollando pero manteniendo la correspondiente comunicación-coordinación con el otro.

### 3.2. Ejes de Trabajo de la Nueva Política Nacional de Salud y de Recursos Humanos

Política Nacional de Salud	Política de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud
1. Construcción estratégica del cambio institucional	1. Gestión del cambio de los RHS, a partir de la nueva política de salud
2. Información para la definición de las políticas de salud	2. Información para la definición de políticas de RHS
3. Definición de ejes de transformación del Sistema Nacional de Salud	3. Definición de ejes de transformación de los RHS de salud
4. Definición del modelo de atención y financiamiento del nuevo Sistema	4. Definición del nuevo enfoque y competencias del RHS para su desarrollo dentro del nuevo modelo de atención
5. Desarrollo de las gerencias regionales de servicios de salud	5. Desprecarización de la carrera sanitaria
6. Gestión de políticas de investigación en Salud Pública	6. Definición de escalafón de puestos y salarios
7. Establecimiento de los mecanismos de coordinación, sectorial e intersectorial, de la política de salud	7. Registro y control de profesiones (validación de títulos profesionales)
8. Diseño e implementación del nuevo sistema de planificación, monitoreo y evaluación de la política de salud	8. Definición de sistemas de evaluación de desempeño del RHS y sistema de incentivos
9. Regulación con entidades privadas de salud (prestadores de servicios, proveedores de medicamentos)	9. Plan de fortalecimiento de la formación de los RHS en el nuevo enfoque de la salud
	10. Articulación de la formación/regulación del RHS con instituciones académicas

Nota: Elaboración propia, con base en información proporcionada por la DDRHS/MSPAS.

Para solucionar los problemas antes mencionados la DDRHS ha elaborado una propuesta conceptual y operativa de implementación de las estrategias 11,18,19 y 20 las que serán operativizadas a través de un plan de trabajo.

### 3.3. El MSPAS Establece con Sentido Estratégico, Cuatro Áreas de Desarrollo de Recursos Humanos o Líneas de Trabajo Priorizadas

Siendo la primera área: El desarrollo de la capacidad de gestión y de la política de recursos humanos, referida a la formación del equipo de conducción, mediante la formación de líderes y formulación de una política, basada en análisis y luego en la concertación con los principales actores.

La segunda área de trabajo está referida a la planificación y regulación de los RHS, y comprende la búsqueda de información para la gestión estratégica de los RHS, asegurando el seguimiento de las políticas y la identificación de problemas críticos.

La tercer área de trabajo cubre la gestión del cambio en materia de RHS, las acciones destinadas a mejorar las condiciones de trabajo y la salud laboral de los trabajadores de la salud, el mejoramiento de la capacidad de desempeño de los agentes comunitarios en salud y la dotación de personal de enfermería.

La cuarta área es la gestión de la educación, formación y capacitación de personal de salud, la regulación de la formación y apoyo al desarrollo de programas de formación y capacitación, articulación del MSPAS con las instituciones formadoras del personal en salud; se contempla la creación de la Escuela de formación de cuadros estratégicos de recursos humanos para la salud que estará vinculada al Instituto Nacional de Salud.

Para cada una de las líneas de trabajo: se han identificado los resultados a obtener, se han caracterizado los procesos a desarrollar, las actividades que se habrá de realizar, el período de ejecución, los requerimientos del proceso y la cooperación técnica necesaria, para lo cual se cuenta con un plan de trabajo estratégico y un plan de trabajo operativo, que contempla las acciones que dan respuesta a las estrategias 11,18,19 y 20 (Documento Construyendo la Esperanza. Estrategias y Recomendaciones en Salud 2009-2014).

Para dar cuenta del cumplimiento del desarrollo de esta política, se ha elaborado una matriz de planificación con actividades de corto, mediano y largo plazo, que incluye un detalle de resultados, actividades, período de ejecución y requeri-

mientos técnicos<sup>11</sup>. Seguidamente se enumeran los principales resultados esperados de este ejercicio de planificación:

Principales Resultados Esperados	Corto Plazo	Mediano Plazo	Largo Plazo
Formación del equipo de conducción del proceso			
Construcción, aprobación e implementación de la Política Nacional de Salud por parte de las autoridades y concertación con los principales actores			
Información para la gestión estratégica del desarrollo de los RHS			
Planificación de RHS			
Políticas de mejora de las condiciones laborales y en especial de la salud laboral del personal de salud			
Gestión del trabajo en apoyo al cambio en salud			
Mejora de la capacidad de desempeño de los agentes comunitarios			
Incrementar el personal profesional de enfermería y médicos especialistas			
Fortalecimiento de la Dirección de RHS en Salud, aumentando el compromiso con el cambio y su capacidad gerencial			
Establecimiento de un programa de capacitación de médicos generales para desempeñarse en el nivel primario de atención			
Incorporación a la fuerza de trabajo de profesionales de salud formados en el exterior			
Contratación y capacitación de los RHS que se han incorporado al sistema mediante fondos GOES para extensión de cobertura			
Fortalecer la Formación de médicos especialistas			

## 4. Proceso de Coordinación Sectorial y con Otros Sectores Claves de Gobierno

### 4.1. La propuesta de la intersectorialidad: Comisión Intersectorial para la implementación de la Política de Salud: CISALUD

Al inicio de la gestión de la Dra. Rodríguez, estaba en funcionamiento la Comisión Interministerial (CONAPREVIAR) dedicada a coordinar las acciones destinadas a enfrentar la amenaza de la gripe aviar. Dicha Comisión contaba con un mandato presidencial y su cometido ya había sido cumplido. Utilizando esa labor como antecedente, el Ministerio decidió tanto ampliar la convocatoria a nuevos participantes como extender la agenda de temas a considerar. Esa decisión estaba basada en la necesidad de promover la intersectorialidad a la par de ganar

11. La matriz no incluye un sistema de indicadores, aunque sí permite ejercer una labor de monitoreo del cumplimiento de las actividades y los resultados en el tiempo (ve MSPAS, s.f., Propuesta de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud).

consenso en un ambiente político sumamente polarizado, donde la gobernabilidad estaba cuestionada de forma constante.

El procedimiento se materializó a través de los siguientes pasos: mantener al MSPAS como convocante, pasar de una decena de organismos participantes a más de treinta, y fortalecer la conducción mediante la presencia y permanente compromiso de la Ministra. CONAPREVIAR pasó a ser “CISALUD”, donde el nuevo acrónimo alude a Comisión Intersectorial de Salud. El cambio resultó suficientemente elocuente. El nivel de representación de los ministerios de Trabajo, Educación, Hacienda, y de diversas dependencias públicas, fue desde el inicio ministerial, dado que la propia Ministra presidía las dos sesiones mensuales, también fueron los propios ministros de las carteras invitadas los que participaban de dichas reuniones, nivel que se denominó como **Comisión Política**.

Las decisiones operativas y el seguimiento quedaron a cargo de la **Comisión Técnica**, conducida por el Viceministro de Salud y a la cual asisten los representantes de los demás organismos a través de su punto focal. Esta instancia mantiene una periodicidad semanal de reuniones.

Es importante mencionar que este espacio de diálogo, concertación y negociación, además de permitir una estructura intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, se puede convertir en un espacio para negociar las políticas de los recursos humanos para la salud y por lo tanto esta experiencia podría, en determinado momento, ser una comisión consultiva del Consejo Nacional de Salud.

La dinámica de trabajo y su orientación estratégica es compartida por las instituciones participantes, siendo asimilable a las interacciones que sistematiza el *Health Action Framework*. CISALUD cumple con el ciclo de análisis de situación, planificación, implementación, monitoreo y evaluación. Avanzando desde las condiciones críticas con las que se inició la gestión de gobierno a una progresiva generación de alianzas, reconocimiento de liderazgo, selección y compromiso con las políticas adoptadas y la asignación de recursos financieros necesarios.

Hay algunos ejemplos que expresan cómo se ha ido construyendo este proceso de concertación, como “mesa ampliada de negociación”. El control de la epidemia de dengue y del virus pandémico H1N1, junto con la respuesta al Huracán Ida, son hitos decisivos a través de los cuales cada uno de los otros socios ha ido ganando confianza en la gestión del Ministerio de Salud.

Más que resultados bilaterales, con los ministerios de Trabajo, Hacienda y Educación, CISALUD da cuenta de un compromiso colectivo interinstitucional e intersectorial que establece las condiciones para alcanzar logros específicos de gran trascendencia.

#### EJEMPLO DE BUENAS PRÁCTICAS ENTRE MSPAS Y MINISTERIO DE EDUCACIÓN

H1N1: una oportunidad para la concertación

El MSPAS impulsó, a través de CISALUD, una acción concertada con todos los organismos miembros que tuvo especial relevancia en el ámbito educativo. Con el objeto de alcanzar una presencia en todo el territorio nacional, se decidió convocar, además de a todo el personal del Sector Salud, a toda la comunidad educativa (docentes, alumnos, familiares) convirtiéndola en parte de la fuerza de trabajo en salud. A tal fin se identificaron 4 filtros para intervenir en relación al H1N1: la casa, el transporte escolar, el ingreso a la escuela y en el interior de la escuela. En cada uno de esos ámbitos se señalaron responsables y se estableció un sistema de evaluación y monitoreo que aseguró un seguimiento permanente de las intervenciones preventivas.

## 4.2. Participación Social: Foro Social de la Salud

La Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza”, tiene como una de sus estrategias la participación social y comunitaria (Estrategia 4), la cual es coincidente con el Programa de Gobierno 2009-2014 en las secciones de Reforma Política y Política de Participación Ciudadana. Igualmente, en el Programa de Gobierno se identifican varios lineamientos que están relacionados con el fortalecimiento de la participación ciudadana y su protagonismo en la toma de decisiones.

Acorde con los compromisos de los primeros cien días de gobierno, a través de un decreto Ministerial se crea el Foro Nacional de Salud, cuya misión es *“contribuir a la generación de consensos para la toma de decisiones estratégicas que permitan transformar el sistema de salud hacia la universalidad, la equidad, la calidad e inclusión y un abordaje intersectorial basado en los determinantes sociales ...”* (Proyecto Foro Ciudadano, abril 2010: 3 y 4). El Foro no es un espacio intersectorial del Estado, sino que es un espacio abierto de la sociedad civil organizada, para la auditoría social.

Adicionalmente, este Foro se propone desarrollar un mecanismo de Contraloría Ciudadana, cuyo objetivo pretende que *“...los liderazgos locales ejerzan una vigilancia constante sobre los servicios de salud, con el fin de garantizar que los derechos de la ciudadanía a una atención oportuna y de calidad sea efectiva”*.

Para cada una de los ejes de trabajo existe un cronograma de actividades con sus respectivos responsables y tiempos. Por ejemplo, en los meses de abril y mayo se estarán desarrollando cinco foros regionales y un foro nacional de encuentro de síntesis y formulación de propuestas. Las mesas temáticas, en esta primera fase, culminarán su trabajo con la realización de una Primera Conferencia Nacional de Salud.

Como parte de las estrategias de comunicación, este Foro contempla la publicación de un boletín cuyo objetivo es mantener informada a la población de las actividades que se realizan en el marco de este espacio.

En síntesis, CISALUD (espacio de coordinación intersectorial) y Foro Ciudadano (espacio de participación de la sociedad civil), son los dos grandes ámbitos desde los cuales se impulsa la transformación del Sistema de Salud de El Salvador y en ellos la posibilidad de la construcción de los planes de recursos humanos para la salud con compromiso interinstitucional.

## 5. Desarrollo de los Planes de Recursos Humanos y Coordinación con Sectores Clave de Gobierno

En este momento (principios de abril 2010), la formulación del Plan Nacional de Recursos Humanos se encuentra en su etapa inicial de elaboración, labor que está a cargo de la DDRHS/MSPAS. Seguidamente se enumeran algunos de las principales actividades propuestas para la elaboración del Plan.

La base de información para la formulación del plan no es suficiente, por ello, justamente una de actividades planificadas es la contratación de algunos expertos, con el apoyo de la OPS, para contar con la información de base requerida. En esa misma línea es que se ha pensado en la creación de la instancia encargada de generación de información. No existe, a la fecha, una propuesta de mapa de ruta para adopción dentro del MSPAS y del aparato de gobierno del plan, ni tampoco una estrategia de comunicación, en buena medida, porque el plan todavía no está finalizado. Es importante mencionar la claridad explícita de las bases del plan en las cuatro estrategias dirigidas a los RHS en el documento de política del Ministerio.

### 5.1. Relación con Sectores: Hacienda, Educación y Trabajo

El Ministerio de Hacienda (MH, 2009) enfrenta una situación difícil, ya que debe distribuir recursos por demás escasos en una sociedad con una deuda social enorme. Esta demanda es relevante para un gobierno cuya bandera de mayor justicia social es uno de sus principales compromisos. No es de extrañar que el primer lineamiento estratégico del MH sea el de *“garantizar los recursos para las necesidades sociales”*, consistente en priorizar los recursos destinados a educación, salud, agua potable, saneamiento, seguridad ciudadana y combate a la pobreza.

El gobierno pretende impulsar una política de inversión pública orientada prioritariamente a las áreas sociales, al mejoramiento del clima de inversión, a la seguridad ciudadana y a inversiones que estimulen el crecimiento. Previendo

financiar las nuevas inversiones a través de tres fuentes: ingresos públicos, préstamos internacionales y alianzas público-privadas que no comprometan la soberanía, garantizando el control del Estado sobre los recursos naturales y activos estratégicos, garantizando la competencia y protegiendo las condiciones de vida de la población.

En salud y educación, las prioridades de inversión pública para el corto plazo son: dar mantenimiento y mejorar la red de hospitales y centros de salud, en especial la construcción y equipamiento de un nuevo hospital de maternidad y todos aquellos hospitales y centros de salud que cuentan con financiamiento internacional y que son necesarios para mejorar el acceso a la salud. Mientras que en educación se pretende invertir en infraestructura educativa para acercar los centros educativos a las comunidades, mejorando y dando mantenimiento a lo existente, además de ejercer un mejor control de la formación en los diferentes niveles así como apoyar los esfuerzos por fortalecer la universidad estatal.

La vinculación con el Ministerio de Trabajo (MT), es aún débil, sin un mecanismo de coordinación con el MSPAS que facilite la elaboración del plan de recursos humanos. Ciertamente, se reconoce la importancia del MT como actor en la protección de los derechos de los trabajadores de la salud. En este caso, lo que se encontró es que existen competencias y mecanismos de regulación de las relaciones laborales (trabajador-patrono) distintas entre las instituciones de salud.

Como el MT no tiene competencia en algunas modalidades o regímenes de contratación de trabajadores de la salud, salvo su participación como apoyo del diálogo social. Algunos regímenes carecen de medidas protectoras del trabajador, como el carácter indemnizatorio de prestaciones como trabajadores del Estado (no existe la figura de la indemnización para dar por terminada la relación laboral). Existe también una desigualdad muy grande entre los regímenes de contratación de una institución y otra a pesar de que horizontalmente sean ocupaciones de la misma jerarquía. En los ministerios, al contrario de las instituciones autónomas, con la entrada en vigencia en el año 2009 de los convenios 87-98 de la OIT es posible que los trabajadores formen sindicatos y negocien colectivamente, incluyendo así normativa del derecho colectivo en el Servicio Civil. Antes esto no era posible.

Seguidamente se consigna el régimen laboral en que se encuentra cada institución:

- **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).** Los funcionarios del MSPAS están protegidos por la Ley de Servicio Civil y la Ley de Salarios. Esta entidad regula las relaciones del Estado con sus fun-



cionarios y empleados, para garantizar su protección y la eficiencia de la administración pública.

- **Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS).** Se trata de una institución autónoma, por tanto su personal está afiliado al ISSS y cotiza al régimen general de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales que administra el mismo. Por su naturaleza, las relaciones laborales se regulan a través de lo que establece el Código de Trabajo y le aplica el régimen de derecho colectivo. De hecho, es una de las instituciones que tiene uno de los contratos colectivos más generosos del sector. Eso explica la existencia de diferencias con otras instituciones como el MSPAS.
- **Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM).** Este Instituto tiene por objeto la administración de las cotizaciones de los servidores públicos docentes, destinadas al financiamiento de un programa especial para brindar el servicio de asistencia médica y hospitalaria, cobertura personal permanente del Instituto, así como el personal contratado fuera del régimen de servicios profesionales o técnicos. Por su naturaleza, las relaciones laborales se regulan a través de lo que establece el Código de Trabajo en caso del personal por contratos y de la Ley de Servicio Civil para el personal nombrado por Ley de Salarios.
- **Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas Salvadoreñas (IPSA).** Asegura la previsión y seguridad social para los elementos de las Fuerzas Armadas (toda persona que esté de alta en las Fuerzas Armadas cualesquiera sea su forma de nombramiento y la manera de percibir su salario). Las prestaciones que otorga este Instituto son las siguientes: pensiones de invalidez; pensiones por retiro; pensiones de sobrevivientes; fondo de retiro; seguro de vida solidario; y auxilio de sepelio. Por la naturaleza de las relaciones laborales, en este caso el Ministerio de Trabajo no tiene competencia.

Finalmente, algunos de los temas que son objeto de preocupación del Ministerio de Trabajo, en relación a la situación laboral de parte de un sector del personal de salud, son: atraso en el pago de salarios; incremento de las formas de contratación a plazo fijo (por contrato o servicios profesionales), evadiéndose por esta vía el reconocimiento de algunos derechos y beneficios al trabajador; la existencia de regímenes laborales diferentes, lo cual en ocasiones plantea dificultades para que el Ministerio pueda intervenir o deja al trabajador en una condición inequitativa o de indefensión con respecto a otros trabajadores del Sector.

## 5.2. Principales Desafíos que se Enfrentan en el Desarrollo del Plan Nacional de Salud y de Desarrollo de los Recursos Humanos

Debido a lo incipiente del proceso de los planes de desarrollo de la dirección de desarrollo de RHS, es difícil precisar dificultades o problemas, más bien sería pertinente hablar de desafíos ante la gran tarea que se tiene enfrente. Visto de esa manera, algunos desafíos son:

- Desarrollar un plan de recursos humanos con un enfoque de género y derechos de los usuarios del sistema, como de los trabajadores de la salud.
- Mejorar las condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud, en lo que se refiere a estabilidad laboral, remuneración, beneficios laborales, capacitación.
- Contar con el acompañamiento técnico y asesoría necesaria para la elaboración de algunos insumos del Plan, tales como análisis de la situación de los recursos humanos de salud; estructura, organización y funcionamiento de la Dirección de RHS; capacitación al personal en el nuevo modelo de atención y gestión de los servicios de salud; y desarrollo de nuevas competencias del recurso humano, conformación de un sistema de información en RHS de salud, por ejemplo.
- Lograr construir los consensos y acuerdos sectoriales e intersectoriales necesarios que ayuden tanto a la formulación del plan como a su ejecución.
- Realizar una adecuada distribución de los RHS acordes a la reorganización de las redes de servicios de salud.
- Desarrollo de competencias de los niveles estratégicos para responder al enfoque del trabajo en salud.
- Aumentar los indicadores de dotación de RHS para disminuir las brechas.
- Construir espacios de consensos entre los actores sociales que involucra las instituciones del sector y los colegios y asociaciones profesionales así como los sindicatos.

## 6. Recomendaciones

En este apartado se exponen algunos comentarios e ideas que surgieron en las conversaciones con el personal del MSPAS, así como algunas recomendaciones para mejorar la calidad y viabilidad de los planes de recursos humanos.

- Promover la transversalización del enfoque de género, derechos humanos y ciudadanía en cada una de las estrategias propuestas en la Política de Salud y en la política de recursos humanos, con el fin de contribuir

al empoderamiento y un mayor protagonismo ciudadano en este campo, siguiendo los lineamientos estratégicos de la Política de Participación Ciudadana del Programa de Gobierno 2009-2014.

- Promover el desarrollo de nuevas competencias del RHS de salud, con el fin de que éstas se adecuen a los requerimientos del nuevo modelo de atención de salud. Este esfuerzo pasa por cambiar la cultura del personal y de los usuarios en cuanto a la visión del proceso de salud-enfermedad.
- Fortalecer la DDRHS, con personal y equipo, y el desarrollo de nuevas competencias, con el fin de que esté en capacidad de asumir con éxito los retos que se le plantean en el área del desarrollo de los recursos humanos de salud.

## Bibliografía

Ministerio de Hacienda de El Salvador 2009. Plan Quinquenal 2009.14, Julio. San Salvador.

MSPAS julio 2009. Marco conceptual y metodológico para el diseño e implementación de la Política de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. San Salvador

\_\_\_\_ febrero 2010. Red Pública Integral de Salud: Situación actual y propuesta preliminar de organización. Documento de Trabajo. San Salvador.

\_\_\_\_ Gerencia de Operaciones. Enero 2010. Lineamientos para la formulación del Plan Anual Operativo 2010 del Nivel Central. San Salvador.

\_\_\_\_ s.f. Propuesta de desarrollo de recursos humanos para la salud, DDRHS. San Salvador.

MPSAS/OPS enero 2010. Plan de trabajo 2010. Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. San Salvador.

OPS 2009. Datos básicos de El Salvador 2000-2008. San Salvador.

Rodríguez, María Isabel. Octubre 2009. Construyendo la Esperanza. Estrategias y recomendaciones en salud 2009-2014. MPSAS. San Salvador.

### Introducción

Los constantes avances en la tecnología, la demanda de cambios que provoca la globalización, los cambios complejos que se presentan constantemente en los estándares de productividad, evidencian infaliblemente que el éxito de las organizaciones de cualquier razón social recae en la capacidad y calidad de su recurso humano. Esto constituye una realidad, la cual está obligando a que se piense y se creen enfoques y formas de gestionar el manejo y tratamiento de los recursos humanos, no solo que se orienten a las posibilidades de contribuir al alcance de los objetivos institucionales, sino a formas humanas que permitan que éstos se encuentren satisfechos dentro de una carrera profesional que dé confianza a su accionar y respaldo a su futuro.

En la teoría administrativa se ha venido cometiendo un grave error, cuando se hace una abstracción del concepto de organización como algo diferente a las personas. Las organizaciones son conjuntos de personas asociadas con un fin específico, de tal forma que, cuando se habla del desarrollo de las organizaciones, se está hablando en forma indirecta del desarrollo de los recursos humanos. Sin embargo, este valioso recurso, en muchas ocasiones, se vio como algo adicional al proceso de fortalecimiento y desarrollo de las organizaciones y no como una parte prioritaria, en consecuencia, se postergaba su consideración, al punto que toda erogación económica utilizada en su fortalecimiento, era vista más como un gasto sin retorno que como una inversión. De hecho, su importancia fue siempre disminuida, frente a otros elementos de la administración, sin caer en la cuenta de que esos elementos tangibles no podrían funcionar sin la decidida intervención del recurso humano.

En el pasado, en el Ministerio de Salud, el tema de los recursos humanos no era considerado como un elemento importante en el desarrollo de la salud. Las acciones que se llevaban a cabo en el Ministerio en cuanto a recursos humanos se ubicaban en una oficina de personal, la cual tenía a su cargo acciones como el control, el cálculo de prestaciones, el pago de planillas, el pago de sueldos y las respectivas prestaciones, entre otras.

Aun para organizaciones como la OPS, el tema de recursos humanos no cobraba la relevancia requerida, especialmente comparado con temas y problemas de atención emergente sucedidos en la región, relacionados con la mitigación de enfermedades, epidemias, y otros desastres. Por lo menos, entre los años 1980 al

2001, los cuerpos directivos de OPS no aprobaron ninguna resolución al respecto, lo cual evidencia lo dicho anteriormente<sup>12</sup>.

En el Sector Salud en Guatemala, la importancia de los recursos humanos en el desarrollo de la salud se comienza a ver en el año 1997, cuando se reforman algunos artículos del Código de Salud, y específicamente el artículo 25. En éste se menciona “La prioridad de los recursos humanos”, que en su redacción expresa que el Ministerio de Salud priorizará el recurso humano como factor clave para la modernización del Sector Salud.

En el año 1999, se da un movimiento importante que marca la relevancia dada al concepto de recursos humanos en el Ministerio de Salud al crearse la Dirección General de Recursos Humanos, lo cual da un giro significativo en el enfoque, tratamiento y manejo de los recursos humanos.

A nivel internacional también se comienzan a dar algunos hechos que resaltan la importancia de los recursos humanos. Particularmente digno de señalar el que se da en el año 2006, cuando la Organización Mundial de la Salud dedicó el Día Mundial de la Salud a reconocer el trabajo de los profesionales sanitarios bajo el lema “Colaboremos por la Salud”, definiendo esta área como prioritaria en los planes de trabajo 2006-2015<sup>13</sup>. Como complemento a esta decisión, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se resalta la importancia de contar con un número suficiente de recursos humanos calificados para avanzar con más rapidez hacia el logro de los objetivos<sup>14</sup>.

En el año 2006, 28 países se reúnen en Toronto en la VII Reunión Regional de los Observatorios de los Recursos Humanos para la Salud, promovida por la Organización Panamericana de la Salud, en conjunto con el Ministerio de Salud de Canadá, de la cual, posteriormente se desprendiera “El Llamado a la Acción de Toronto, para una Década de Recursos Humanos para la Salud 2006-2015”. Dicha reunión perseguía 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 para la salud, que ayuden al logro de Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las prioridades nacionales de salud y al acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el 2015.

En la elaboración del presente documento se consultaron algunos documentos valiosos, que fueron proporcionados por las oficinas de la OPS en el país, al-

---

12. Tomado de: Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2007: Salud en las Américas 2007, Publicación Científica y Técnica. VOLUMEN I- REGIONAL. No. 622. Página 348.

13. OPS 2007: 348.

14. OPS 2007.

gunos de éstos considerados como claves para lograr un breve análisis en cuanto a la realidad de la situación de los recursos humanos en el Sector Salud de Guatemala. Entre estos se contaron con: (a) el Llamado a la Acción de Toronto; (b) El Plan Decenal de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud, 2006-2015; (c) Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015; d) Estudio: Información de Recursos Humanos para la Salud en Guatemala; (e) Caracterización de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en Guatemala; (f) Documento borrador: Recursos Humanos para la Salud en Guatemala: Disponibilidad y Formación (Dra. América Mazariegos de Fernández); así como otros documentos en forma de leyes, acuerdos ministeriales, etc.

Paralelamente, se procedió a sostener entrevistas con informantes clave, quienes se encuentran en instituciones que se relacionan con el Ministerio de Salud, en cuanto a la administración, financiamiento y provisión de la fuerza laboral, como son la Oficina Nacional del Servicio Civil (ONSEC), la Dirección Técnica del Presupuesto del Ministerio de Finanzas, y el Sistema Académico Universitario, hoy en día integrado en la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y del Sector Salud que preside el primer Viceministro de Salud.

## 1. Marco de Política para la Transformación del Sistema de Salud

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se ha planteado un marco de políticas expresadas en calidad de Lineamientos Estratégicos para el período 2008-2012, partiendo de una visión y una misión, que pretenden visualizar la situación de la salud del país para el año 2020.

La visión expresa textualmente que: *“En Guatemala, en el año 2020 todas y todos los guatemaltecos, en las diferentes etapas del ciclo de vida, tienen acceso equitativo a servicios de salud integrales e integrados, con un enfoque humano, de calidad y pertinencia cultural, a través de una efectiva coordinación interinstitucional e intersectorial”*.

Su misión está expresada en términos de: *Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las y los habitantes del país, ejerciendo la rectoría del sector salud, a través de la conducción, coordinación, y regulación de la prestación de servicios, orientados al trato humano para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de las personas, con calidad, pertinencia cultural y en condiciones de equidad*<sup>15</sup>.

15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Visión, Misión y Desafíos. Disponible en: [http://portal.mspas.gob.gt/vision\\_y\\_mision\\_general.html](http://portal.mspas.gob.gt/vision_y_mision_general.html).

El marco de políticas de salud que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha planteado para la transformación y conducción del Sistema de Salud en Guatemala, son<sup>16</sup>:

- Fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud Pública, para fortalecer el Estado de Guatemala.
- Mejorar y ampliar la cobertura de atención y prestación de los servicios de salud integrales e integrados.
- Promover y fortalecer acciones que garanticen la accesibilidad a medicamentos.
- Reconocimiento al uso y práctica de la Medicina alternativa y tradicional.
- Promover la investigación y desarrollo tecnológico en salud.
- Fortalecimiento de la investigación, desarrollo y administración de la fuerza laboral en salud.
- Desarrollo de la atención primaria ambiental por medio de la regulación, vigilancia y control de la aplicación de la normativa vigente en materia de agua potable, saneamiento e higiene, para mejorar la calidad de vida de la población.
- Responder a la demanda de servicios de salud, generada por la implementación de los programas de solidaridad y equidad social.
- Mejoramiento del financiamiento y de la calidad del gasto en salud.
- Armonización y alineamiento de la cooperación internacional a los intereses nacionales y prioridades sectoriales.

Las autoridades del Ministerio de Salud, además de las políticas expuestas, también han considerado importante definir algunos desafíos y compromisos institucionales, con el fin de hacer más viable el cumplimiento de sus políticas. En estos compromisos el Ministerio de Salud ha incluido lo relativo al desarrollo de los Recursos Humanos. Entre los grandes desafíos enunciados por las autoridades sanitarias están, en primer lugar:

- Repensar y rediseñar el modelo de atención, a fin de garantizar un Sistema de Salud más incluyente, democrático y solidario en la nación guatemalteca. Esto implicaría que el Ministerio de Salud retome el ejercicio de la rectoría en salud.
- Contar con una fuerza laboral de salud preparada para los cambios.

---

16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Lineamientos Estratégicos. Disponible en: [http://portal.mspas.gob.gt/vision\\_y\\_mision\\_general.html](http://portal.mspas.gob.gt/vision_y_mision_general.html).

- Propiciar el diseño e implantación de una prestación de servicios diferenciada, promoviendo el respeto a las culturas y a la diversidad.
- Garantizar que sus recursos sean descentralizados, en donde la participación de la sociedad es fundamental, y
- Como una condición *sine-cua-non* que se dé la gestión territorial de la salud.

Los desafíos a nivel institucional, incluyen acciones en donde se especifica lo relativo al desarrollo de los recursos humanos. Estos son los siguientes:

- Garantizar a la población de menores recursos una atención en salud gratuita, universal y de calidad.
- Fortalecer programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades y daños externos.
- Garantizar el acceso a medicamentos de calidad seguros y eficaces.
- Ampliar y fortalecer la infraestructura, equipamiento básico y dotación de insumos a la red de servicios de salud.
- Incrementar la proporción del gasto fiscal en salud como parte del presupuesto general de la República.
- Desarrollar los recursos humanos para la salud.
- Modernización institucional.
- Gestión territorial de la salud.
- Reducir las tasas de mortalidad materna e infantil.
- Contribuir a la reducción de la desnutrición infantil.
- Reducir la incidencia de enfermedades infecciosas (prevalentes emergentes y reemergentes) transmitidas por vectores, zoonóticas, y crónicas y degenerativas.

### 1.1. Problemas del Ministerio de Salud en la Ejecución de los Lineamientos

Los problemas que el Ministerio de Salud, como el ente Rector de la Salud en el país, enfrenta son de diferente índole. A continuación se enumeran algunos que impactan de manera directa o indirectamente el tema de los recursos humanos.

- Las formas de exclusión en el ámbito económico, político-jurídico y social, que por años se practican en Guatemala, con impedimentos para obtener ingresos y recursos, la desprotección social, y el poco reconocimiento de identidades de grupos especiales. Este fenómeno, se extrapola a la pres-



tación de servicios, generando servicios de salud con carácter excluyente, segmentado y fragmentado, al seguir los mismos patrones de conducta.

- Los niveles de pobreza en el país que oscilan entre un 56% a un 60% de una población de casi 15 millones de habitantes (14.361.666 según datos del INE). De ese porcentaje de población pobre existe otra de un 16% aproximadamente en extrema pobreza, lo cual constituye el entorno complejo de demandas a atender por un sistema de salud, cuyos recursos económicos siguen siendo insuficientes. Se estima que el gasto en salud de Guatemala está considerado como uno de los más bajos de la Región.
- Lo anterior genera escasas posibilidades de desarrollo en el nivel rural, inmerso en condiciones de pobreza, y condiciones ambientales y sociales en deterioro, las que a su vez no ofrecen condiciones de calidad de vida, específicamente para el personal de salud que decida trasladarse a trabajar esas áreas.
- Por lo expuesto anteriormente, también se da una clara e inequitativa distribución de los recursos humanos para la salud en el país, en todas las profesiones, las cuales se concentran en el área metropolitana y ciudades vecinas, o con facilidades de formación, tal el caso de Quetzaltenango y Sacatepequez. En la capital de Guatemala, por ejemplo, se estima que se encuentra el 71% de los médicos, o sea 9.185 de 12.940 registrados en el 2009, teniendo una distribución aproximada de 30,1 médicos por 10.000 habitantes, o sea 1 médico por 332 personas, mientras que en otros lugares, como el Altiplano del país, se dan menos de 2 médicos, y en otros como en el Quiche, en el año 2009, había una densidad de 1,07. Puesto de otra manera, en el Quiche 1 médico debe cubrir 9.064 personas, y en Alta Verapaz 1 médico debe cubrir 6.451, demostrando una total disparidad en la distribución<sup>17</sup>.
- La tabla que aparece a continuación muestra la desproporción expresada en el párrafo anterior con respecto a la concentración de los recursos humanos en los departamentos del país.
- Esta situación, de la forma como se presentan la distribución de los recursos humanos, dificulta enormemente el logro de los propósitos institucionales de mejorar los índices de morbi-mortalidad en el país y llevar atención a las áreas más necesitadas.

---

17. Organización Panamericana de la Salud 2009: Información sobre Recursos Humanos de Salud en Guatemala. Universidad Rafael Landívar. P. 7.

## DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DEL RHS EN SALUD EN EL MSPAS - 2007<sup>a</sup>

Región	Porcentaje de Población	Porcentaje de Personal Médico	Porcentaje de Personal Paramédico
Metropolitana	22	47	33
Norte	9	4	6
Nor-oriente	8	7	8
Sur-oriente	8	7	8
Central	11	9	10
Sur-occidente	24	19	21
Nor-occidente	14	5	9
Petén	4	2	4
Total	100	100	100

Nota:

<sup>a</sup> La caracterización del personal del Ministerio de Salud y Acciones de la Dirección General de Recursos Humanos se encuentra en OPS 2007. Información sobre Recursos Humanos de Salud. Universidad Rafael Landiva. P. 46.

Fuente: Caracterización del personal del Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Recursos Humanos, 2007.

## 2. Marco de Políticas de Recursos Humanos para la Salud

En el proceso de análisis de la documentación proporcionada, no se encontró un lineamiento, o en su defecto algún documento oficial, que expresara una política nacional de recursos humanos para la salud. Esto es corroborado por los informantes clave al momento de entrevistarlos. De aquí se deduce entonces que el Ministerio de Salud Pública, al momento, no ha definido una Política de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud, aunque sí incluye en sus preceptos de política institucional en salud, líneas aisladas que muestran la intención de trabajar en el fortalecimiento de los recursos humanos para la salud. Estas son:

- Fortalecimiento de la investigación, desarrollo y administración de la fuerza laboral en salud, como la política número cinco.
- Contar con una fuerza laboral de salud preparada para los cambios, como el segundo de sus desafíos.
- Desarrollar los recursos humanos para la salud, como desafío institucional número seis.

En octubre del año 2006, como una iniciativa y contribución de la Comisión de Acciones Conjuntas del Sector Académico y del Sector Salud, integrada por la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Universidad Mariano Gálvez, la Universidad Rafael Landívar, y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y el Ministerio de Salud como coordinador de la Comisión, elaboraron el Plan Decenal de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud. Guatemala 2006-2015.

Este plan que, aun cuando no está considerado por el gobierno actual, es importante citarlo en este documento como el único medio de verificación que se tiene de lo alcanzado, y que como país se definió frente a los compromisos adquiridos, después del “Llamado a la Acción de Toronto”, donde se definieron lineamientos que surgen en la reunión de Ontario, Canadá del 4 al 7 de octubre de 2005<sup>18</sup>, como desafíos y metas para el desarrollo de los recursos humanos.

A continuación, se reproduce un extracto de dicho Plan, expresando los desafíos, la visión al 2015 y los avances previstos al año 2010.

### *Para el desafío I:*

*“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 ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente”.*

El Ministerio hizo los siguientes planteamientos:

- Visión para el 2015, descrita en el Plan, la cual dice así:  
*“Existe una política de recursos humanos de salud que responde al sistema de salud vigente y tiene expresión operativa en planes nacionales e institucionales”.*
- Los avances previstos se exponían de la siguiente manera, para el año 2010:
  - ▶ Se dispone de información permanente sobre las necesidades de personal de salud, expresadas en cantidad, perfiles y competencias de recursos requeridos, cambios demográficos y epidemiológicos, así como las características y tendencias de la formación de nuevos recursos, que fundamenta la política nacional de recursos humanos.
  - ▶ Existe una Política Nacional de Recursos Humanos para la Salud.
  - ▶ Se han producido cambios técnicos, laborales, presupuestarios y educacionales que la ejecución de la política requiere.
  - ▶ Las instituciones de servicio y de formación en proceso permanente de adaptación a la política<sup>19</sup>.

18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y el Sector salud. Subcomisión de Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud, con apoyo de la OPS/OMS 2006: Plan Decenal de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud. Guatemala 2006-2015.

19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y otros 2006: páginas 4 y 5.

### Para el desafío II:

*“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”.*

- Visión al 2015:

*“La disponibilidad de personal de salud permite que la población de todas las regiones del país, de diferentes estratos sociales y grupos étnicos, acceda a servicios de salud de manera equitativa”.*

- Los Avances para el 2010.

- ▶ Existe información oportuna sobre disponibilidad de recursos en términos de cantidad, competencias y características culturales en todas las regiones y departamentos del país.
- ▶ Existe decisión política, sustento legal y presupuesto para movilizar e incentivar al personal de salud en regiones con mayor necesidad.

### Para el desafío III:

*“Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud, para garantizar atención a la salud de la población”.*

- Visión al 2015:

*“Existe monitoreo permanente de las migraciones nacionales e internacionales de personal de salud y se han tomado acciones de regulación ante signos de incremento y efecto negativo sobre disponibilidad y distribución de los Recursos Humanos.”*

- Los avances al 2010:

Existe y funciona regularmente un sistema de detección y registro de los movimientos migratorios internos y externos de salud en el país, que es analizado en el Observatorio de Recursos Humanos para la Salud.

### Para el desafío IV:

*“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 a la población”.*

- Visión al 2015:
 

*“Existen mecanismos, normas, reglamentos y acuerdos debidamente consensuados que permiten a los trabajadores, organizaciones sindicales y gerentes, perseguir en forma armónica los objetivos de las instituciones”.*
- Avances para el 2010:
  - ▶ Existen sistemas de contratación, supervisión, y evaluación aprobados por trabajadores y gerentes que mantienen un clima laboral saludable.
  - ▶ Se dispone de un sistema sostenido de evaluación de desempeño, con base en un programa de incentivos laborales.
  - ▶ Existe un sistema de educación permanente ligado a la carrera administrativa.

#### *Para el desafío V:*

*“Desarrollar mecanismos de interacción entre 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, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población”.*

- Visión para el 2015:
 

*“Las universidades y escuelas formadoras han adecuado en calidad y cantidad la producción de personal y la oferta de formación en regiones geográficas y disciplinas según las necesidades. Los perfiles de egreso han sido definidos sobre la base de las competencias requeridas por las instituciones empleadoras”.*
- Avances para el 2010:
  - ▶ Se han consolidado los mecanismos de interacción entre las instituciones de servicios de salud y las universidades y otras escuelas, mediante la legislación a nivel nacional de las instancias de coordinación y trabajo conjunto para la búsqueda de información, el análisis y la toma de decisiones.
  - ▶ Las universidades han creado carreras de salud prioritarias a nivel técnico y profesional en las regiones donde se han identificado necesidades específicas.

- ▶ Se han identificado enfoques y contenidos mínimos de la formación profesional en salud, en respuesta a las características del Sistema de Salud, modelos de atención y competencias proporcionadas por las instituciones empleadoras.
- ▶ La formación de técnicos en salud en el Ministerio de Salud y el IGSS se ha transferido a instituciones educativas legalizadas y se han desarrollado los mecanismos de regulación por el Ministerio de Salud.
- ▶ La Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y de Salud se constituye en la instancia de análisis y asesoría para regular la formación de recursos humanos para la salud y orientar nuevas carreras.

Para cada desafío se elaboró en el plan decenal una matriz lógica, compuesta por encabezados importantes a seguir, como son: Iniciativa a dos años, Cambios esperados por cada iniciativa, Marcas de progreso, Línea de acción principal, y factibilidad y viabilidad. Esta matriz le permitió a la Comisión Interinstitucional ir verificando los alcances en cada una de las iniciativas emprendidas y planificadas para satisfacer el logro de los desafíos planteados.

En julio del año 2009 se publica el “Estudio: Información sobre Recursos Humanos de Salud en Guatemala”<sup>20</sup>, elaborado por la Universidad Rafael Landívar y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cual se diseñó bajo cuatro resultados esperados así:

- **Resultado 1.** Análisis de la situación de los principales componentes de la fuerza de trabajo en salud del país,
- **Resultado 2.** Identificar las tendencias de producción, distribución, dotación de recursos humanos; problemas, retos y obstáculos que entorpecen su mejoramiento y organización.
- **Resultado 3.** Una propuesta de metas y estrategias de recursos humanos para la salud 2009-2015, utilizando de base la propuesta de “Metas Regionales de Recursos Humanos y el Llamado a la Acción de Toronto.
- **Resultado 4.** La definición en base a los resultados esperados de un proceso permanente de recolección/gestión de datos sobre recursos humanos que pueda ser sostenible y aplicable en un observatorio de recursos humanos.

En ese documento se describen Las Acciones y Estrategias para el Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud, un análisis FODA para el desarrollo de

20. Organización Panamericana de la Salud 2009: Información sobre Recursos Humanos de Salud en Guatemala. Universidad Rafael Landívar.

los recursos humanos para la salud en el país en los próximos seis años, y se hace un primer intento de evaluar el avance de los desafíos y las metas, de la resolución # CSP27/10 de OPS “Metas Regionales de los Recursos Humanos para la Salud (RHS) 2007-2015.

No está claro si en esa evaluación se utilizaron los indicadores que fueron publicados en el documento: “Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud, 2007-2015. Manual de Medición de las líneas de Base”<sup>21</sup>, los cuales fueron presentados en ese documento como insumos a ser considerados por las autoridades de los ministerios de salud en el proceso de evaluación. De cualquier manera, se incluye en este documento como uno de los valiosos aportes para el análisis de la situación de los recursos humanos. Este se muestra en el Anexo 1. En el mismo documento se incluyen Acciones y Estrategias para el período 2009-2015, como una sugerencia para ser consideradas en las metas nacionales. Lamentablemente, no existen evidencias de que hayan sido incluidas por las autoridades del Ministerio de Salud (ver anexo 2).

### **3. Desarrollo de los Planes de Recursos Humanos y Coordinación con Sectores Clave de Gobierno y del Sector Salud**

Con el propósito de clarificar el entorno del Ministerio de Salud con organizaciones clave que integran el sector no gubernamental y con entidades gubernamentales, se describe en la figura a continuación un esquema que aproximadamente puede visualizar esta condición.

Cada una de las entidades descritas en esta figura tiene un nexo con el Ministerio de Salud, el cual se manifiesta como un apoyo técnico, administrativo, o como entidades que reciben la acción de la rectoría del Ministerio de Salud en búsqueda de garantizar la atención en salud a la población. Todas estas organizaciones tienen, en mayor o menor grado una relación con el Ministerio de Salud en el tema de desarrollo de recursos humanos para la salud.

A continuación se describe la relación de tres de estas instancias institucionales ubicadas en el Gobierno Central como son: La Oficina Nacional de Servicio Civil (ONSEC), El Ministerio de Finanzas, representado en la Dirección Técnica del Presupuesto (DTP), y una tercera, la cual es con el Sector de Educación, representada por el Sector Académico Nacional y Privado del país.

21. OPS s.f: Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015. Manual de Medición de las líneas de base.

## ENTORNO APROXIMADO DEL MINISTERIO DE SALUD



### 3.1. Oficina Nacional de Servicio Civil (ONSEC)

Es la entidad rectora responsable de normar la aplicación de la Ley de Servicio Civil, reglamentos y otras leyes complementarias sobre las cuales se rigen todos los servidores públicos. Dicha Ley data del 10 de mayo de 1968, aprobada por Decreto 1748 del Congreso de la República, entró en vigor el 1 de enero de 1969. Su máxima autoridad es el Presidente de la República.

Sus actividades las desarrolla dentro del marco jurídico que establece la Constitución Política de la República de Guatemala, la Ley de Servicio Civil, y la Ley de Clases Pasivas Civiles del Estado y sus Reglamentos y otras disposiciones complementarias, en las cuales se indica que le corresponde a la Oficina Nacional de Servicio Civil (ONSEC), regular las relaciones entre la Administración Pública y sus servidores, para lo cual debe entenderse como tal a todos los órganos administrativos que dependen del Organismo Ejecutivo y sus entidades descentralizadas y autónomas adscritas a dicha normativa; así como todo lo concerniente a la administración de las diferentes pensiones que son otorgadas a los ex-trabajadores y beneficiarios del Régimen de Clases Pasivas Civiles del Estado<sup>22</sup>.

En relación a sus actividades de administración de los recursos humanos, el artículo 13, del Acuerdo Gubernativo No. 355-2009, asigna a la ONSEC la desconcentración de acciones de puestos y de personal. A continuación un extracto

22. CD de ONSEC 2007: Lineamientos generales para la reestructuración de las coordinaciones de recursos humanos (oficinas tipo). Guatemala. Disponible en <http://www.onsec.gob.gt/#>.



del artículo 13, que señala la orientación descentralizada que asumirá esta oficina gubernamental.

*“La Oficina Nacional de Servicio Civil prestará la asesoría técnica y legal necesaria, así como aprobará el perfil de los responsables de la administración de las Unidades Tipo de Recursos Humanos, compromiso que asumen las Autoridades Nominadoras para validar el proceso de Modernización de la Administración Pública”.*

El Acuerdo Gubernativo No. 185-2008 del 7 de julio 2008 establece las normas para regular la aplicación de la política que, en materia de recursos humanos, se debe implementar en la Administración Pública, y por ende en el Ministerio de Salud.

Se destaca, en dicho Acuerdo, el artículo 3 de políticas administrativas, las cuales, dentro del nuevo contexto de gestión pública que descansa en una Administración Pública desconcentrada en materia de recursos humanos, establece algunas políticas dignas de resaltar, expresadas en los incisos de dicho artículo. Estas son:

- **Inciso c.** Captar recurso humano idóneo para el adecuado desempeño de los cargos públicos, debiéndose observar y valorar para este propósito, los aspectos de multiculturalidad y género.
- **Inciso d.** Evaluar anualmente el desempeño laboral de los servidores públicos, con la finalidad de desarrollar programas de capacitación, formación, e incentivos, para mejorar el rendimiento laboral de los trabajadores del Estado.
- **Inciso e.** Formar constantemente al servidor público, dotándolo de los conocimientos básicos, aptitudes, habilidades y destrezas, a fin de prepararlo, tanto para los trabajos presentes como los futuros, estimulando su crecimiento profesional y personal, de acuerdo a su potencial y a las necesidades de la Administración Pública.
- **Inciso h.** Coadyuvar a que los ministerios del Organismo Ejecutivo, con atención especial a los Ministerios de Educación, Salud Pública y Asistencia Social, y Gobernación, revisen constantemente sus estructuras organizacionales, así como rediseñen sus procesos de trabajo, con el objeto de atender con mayor grado de celeridad los asuntos de su competencia y otorguen una respuesta inmediata a las demandas de la población, con prioridad en las áreas de educación, salud y seguridad.
- **Inciso j.** Facultar a la Oficina Nacional de Servicio Civil para que, a través de las herramientas, técnicas e instrumentos que estime oportunos, pro-

ceda a verificar el estricto cumplimiento de las disposiciones emanadas en materia de recursos humanos.

El artículo 7 de dicho Acuerdo Gubernativo, asigna a la ONSEC la responsabilidad de diseñar las normas, procedimientos e instrumentos generales que permitan la operacionalización de las políticas definidas en el presente Acuerdo, mientras que las autoridades nominadoras están obligadas a cumplir y hacer cumplir las disposiciones que se emitan para el efecto.

Finalmente, en el Acuerdo 185, se apoya la desconcentración de funciones explicadas en el artículo 8, el cual le ordena a la ONSEC iniciar el proceso de desconcentración de determinadas funciones hacia los ministerios, secretarías y dependencias del Organismo Ejecutivo, asumiendo el nuevo rol normativo y fiscalizador de tales acciones. Para el efecto, en las instituciones del Gobierno Central, deben estar funcionando las unidades “tipo” de recursos humanos con los criterios y técnicas previamente establecidas.

A efecto de llevar a cabo sus funciones la ONSEC, a través de la Resolución D-2007-128 del 28 de febrero de 2007, ha definido las unidades administrativas con sus correspondientes funciones, que las instituciones, dependiendo de su magnitud institucional, tendrán como estructura básica. Estas son:

- Una Dirección o Jefatura,
- Unidad de Aplicación de Personal,
- Unidad de Admisión de Personal,
- Unidad de Gestión de Personal,
- Unidad de Desarrollo de Personal.

Las responsabilidades y roles que se le asigna a estas unidades administrativas, aparecen como sigue:

- **La Unidad de Dirección o Jefatura**, será la responsable de velar por el establecimiento y mantenimiento de un sistema de Administración de Recursos Humanos integrado y transparente (Artículo 4).
- **La unidad de Aplicación de Personal**, encargada del análisis, evaluación de la estructura organizacional. Le corresponde proveer a las instituciones los perfiles de puestos que permitan reclutar y seleccionar, a las personas idóneas para el desempeño de sus funciones y las responsabilidades asignadas a los puestos (Artículo 5).
- **La unidad de Admisión de Personal**, a la que se le asigna la responsabilidad de llevar a cabo los procesos de reclutamiento y selección, auxiliándose para el efecto de las herramientas y técnicas que le faciliten rea-

lizar un proceso de convocatoria y selección que dé cumplimiento a los principios de mérito, capacidad y transparencia. Esta unidad se integrará de otras unidades de Reclutamiento y de Selección (Artículo 6).

- **La unidad de Gestión de Personal**, se le asigna la responsabilidad de llevar el registro de los servidores públicos que laboran en cada una de las Dependencias, así como establecer y aplicar los instrumentos que le permitan monitorear el comportamiento de los mismos. Esta unidad se integrará de otras unidades de: Acciones de Personal, Monitoreo, y Manejo de Nómina (Artículo 7).
- **La unidad de Desarrollo de Personal**, a la que se le asigna el rol de velar por el desarrollo de las personas, para lo cual estructurará e implementará programas de formación y capacitación continua, velará por el cumplimiento de medidas de mantenimiento de las condiciones ambientales y psicológicas del trabajador, y otras actividades propias de su razón de ser. Se integrará por una unidad de Formación y Desarrollo y por otra de Higiene y Seguridad.

Actualmente, en el Ministerio de Salud, en cumplimiento a estos mandatos, la Dirección General de Recursos Humanos ha hecho ya esos cambios estructurales, nominando las “Unidades Tipo” requeridas, basado en las características hasta aquí expuestas, en cumplimiento de esos mandatos legales.

### 3.2. Ministerio de Finanzas (Dirección Técnica del Presupuesto, DTP)

La relación que guarda el Ministerio de Salud con el Ministerio de Finanzas, específicamente en el caso de los recursos humanos, recae en aspectos de orden presupuestario. La Dirección Técnica del Presupuesto es la dependencia del Ministerio de Finanzas Públicas, a la que le corresponde ser el órgano rector del Sistema Presupuestario del Sector Público, y es responsable de normar, dirigir y coordinar el proceso presupuestario, así como analizar, controlar y evaluar la ejecución presupuestaria con énfasis en el control de resultados de la gestión pública, para propiciar el desarrollo del país en función de sus necesidades.

Esta unidad se limita a hacer función controladora que busca garantizar la correcta utilización de los recursos, mediante la aplicación de las partidas presupuestarias por diferentes clasificaciones: institucional, geográfica, por finalidades y funciones, por tipo de gasto, fuentes de financiamiento, por rubros, económica de los recursos, por objeto de gasto, y economía del gasto.

En noviembre de cada año, el Ministerio de Salud y todas las demás instituciones que se rigen por los lineamientos de la DTP, deben presentar sus pre-

supuestos, siguiendo los lineamientos y requerimientos establecidos, salvo que haya cambios autorizados por el Congreso de la República.

La DTP también atiende solicitudes de cambio del destino de los fondos asignados a ciertas partidas presupuestarias, verificando que existan fondos suficientes. La DTP controla los gastos que se utilizan bajo partidas que amparan posiciones con salarios permanentes como el 011, y el 022. También lleva el control de las partidas asignadas a los puestos supernumerarios. Esta última opción la utiliza especialmente el Ministerio de Salud, en el movimiento constante del personal médico en los hospitales, la cual da facilidad para la contratación inmediata de personal sanitario, y que no generan pasivo laboral. Existen otras partidas bajo las siglas 029 y 182, usadas para personal por contrato, las cuales son manejadas independientemente por el Ministerio de Salud, sin el control de la DTP.

Un punto de contacto entre el Ministerio de Finanzas y el Ministerio de Salud se da cuando este último gestiona un bono para su personal de salud, que se hace cada año. Una vez que la DTP verifica que hay disponibilidad de fondos en las partidas presupuestarias, el Ministerio de Salud queda en libre posición para entregarlo en la forma que considere conveniente.

Otro punto de contacto, entre el Ministerio de Finanzas y el Ministerio de Salud, se da cuando hay necesidad de creación de plazas adicionales a las existentes. El Ministerio de Salud hace la solicitud a la Oficina Nacional de Servicio Civil (ONSEC), que a su vez envía la solicitud a la Dirección Técnica del Presupuesto, para que esta revise y verifique la disponibilidad de fondos para que se cubran los montos de las plazas a crearse. La DPT regresa el dictamen técnico a la ONSEC, comunicando si hay o no fondos, y las partidas presupuestarias que serían afectadas. Finalmente la ONSEC emite dictamen, aprobando o denegando la solicitud.

### 3.3. Educación Superior

En Guatemala, el Sector Educación que tiene relación directa con el Ministerio de Salud está representado por el sistema académico universitario público y privado, quienes tienen a su cargo la formación de recursos humanos en las ciencias de la salud.

El 5 de marzo del año 2004 se da un hecho trascendental en el manejo de los recursos humanos para la salud en Guatemala. El Ministerio de Salud, conjuntamente con las universidades públicas y privadas del país, decide formar una comisión interinstitucional para encargarse de la correcta coordinación del desarrollo de los recursos humanos. Aprovechando la visita de la doctora Mirta Roses Periago, directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se firma una Declaración de Intención Conjunta de Facultades de Medicina y Ciencias de

la Salud de tres universidades y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Las universidades representadas en esa declaración fueron, la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Universidad Rafael Landívar, y la Universidad Mariano Gálvez.

Los fundamentos para llegar a esa acción nacional de integración fueron las situaciones específicas que la salud del país enfrenta, destacándose la prevalencia de desnutrición crónica y aguda en la niñez, la elevada mortalidad infantil y materna, la alta frecuencia de enfermedades infecciosas, todas ellas expresión de la pobreza y las deterioradas condiciones de vida y medioambientales, sobre todo a nivel rural y en zonas marginales urbanas, así como las limitaciones en la cobertura y calidad de la atención de los servicios del Sistema de Salud que impera en el país.

A la par de las condiciones anteriormente descritas, también se citaron los Acuerdos de Paz y las Metas de Desarrollo del Milenio, como elementos fundamentales a atender y dar respuestas concretas, mediante la construcción de un desarrollo humano sostenible, en donde se urgía la participación de los sectores sociales y las instituciones nacionales con esfuerzos conjuntos.

Se destacó la importancia de la participación de las universidades en función social que favoreciera el bienestar de la población y el desarrollo humano sostenible, así como el pleno goce de los derechos y dignidad humanos, y el fomento de los valores de equidad, paz, justicia, respeto, libertad y solidaridad.

El Ministerio de Salud destacó la necesidad de un gran esfuerzo nacional de formación y capacitación para el desarrollo de los recursos humanos para la salud del país, para afrontar los compromisos priorizados, basados en la atención primaria en salud y el modelo de atención, la cobertura universal, la seguridad alimentaria y nutricional, reducir la mortalidad infantil y materna, orientados a tener un país sano y saludable.

Entendiendo que existe coincidencia en los objetivos de las universidades en el campo de la salud, en cuanto a formar recursos humanos de calidad, producir investigación en respuesta a necesidades nacionales, extender a la población acciones de prestación de servicios y fortalecer los valores humanos, dando armonía técnica para el desarrollo del Sistema de Salud, se establece una instancia de coordinación e integración de acciones entre las facultades de Medicina y el Ministerio de Salud, pensando en el beneficio de la salud y la población guatemalteca.

La Comisión Interinstitucional se valida posteriormente con el Acuerdo Ministerial No. SP-M-1814-2005. Se compone de un Consejo Directivo el cual se integra por el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, quien podrá ser representado

por el viceministro del ramo asignado; por los decanos de las facultades de las ciencias médicas y de la salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala, el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Mariano Gálvez, y el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Rafael Landívar. Cada uno de los representantes en ese Consejo Directivo tiene un suplente, el que podrá participar en las deliberaciones de la Comisión en ausencia del titular, con voz pero sin voto. La Secretaría Técnica está a cargo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quien también tiene derecho a voz, pero sin voto.

El Consejo Directivo podrá formar subcomisiones de trabajo. En la actualidad existen tres subcomisiones: la Subcomisión de Fuerza de Trabajo, la Subcomisión de Investigación, y la Subcomisión de la Integración Docente Asistencial.



Existe la indicación de formar otra subcomisión que es la de Promoción y Prevención de la Salud, la que al momento no se ha conformado.

El artículo 3 del Acuerdo Ministerial mencionado antes le asigna a la Comisión las siguientes funciones:

- Fortalecer la integración docente asistencial.
- Propiciar acciones que integren y complementen los esfuerzos de cada institución para dar respuesta a las necesidades de salud del país optimizando los recursos existentes.
- Encauzar el trabajo conjunto mediante acuerdos, planes y reglamentos específicos, que faciliten la viabilidad, el monitoreo y la evaluación del trabajo desarrollado.
- Promover las estrategias y modalidades de apoyo de las universidades para la capacitación de recursos humanos para la salud.
- Invitar a otras unidades facultativas e instituciones académicas, de servicio e investigación a incorporarse y participar en este esfuerzo conjunto.

- Consolidar y acrecentar los mecanismos para el fortalecimiento de los valores humanos y éticos de estudiantes y profesionales que participan en la atención en salud de la población guatemalteca.
- Otras funciones que la Comisión considere necesarias.

El Ministerio de Salud, paralelamente al funcionamiento y rol en la Comisión Interinstitucional, lleva a cabo con las universidades presentes, en el plano individual, otras negociaciones relacionadas con el tema de recursos humanos. En ese sentido, es importante resaltar las negociaciones específicas con la Universidad de San Carlos, con la cual tiene un convenio en cuanto a la recepción de profesionales para las residencias desde hace ya varias décadas.

Se dan otras acciones de negociación directa, con bastante regularidad, con las universidades privadas, las cuales se formalizan mediante “Cartas de Entendimiento.” Estas negociaciones se llevan a cabo por requerimientos específicos del Ministerio de Salud, y se llevan a cabo dentro del Convenio Marco que se tiene entre el Ministerio de Salud y la Comisión Interinstitucional.

Otro caso específico en cuanto a la relación de negociación del Ministerio con el Sector Educativo Académico se da al momento de distribuir los estudiantes entre los hospitales para hacer las prácticas respectivas. Estas negociaciones surgen a partir de las orientaciones y necesidades que cada hospital manifiesta.

#### 4. Observatorio de Recursos Humanos para la Salud

El observatorio de recursos humanos, en general, persigue generar y acceder de manera cooperativa a la información y al conocimiento que se requiere para identificar situaciones, problemas y tendencias de desarrollo del personal en sus sistemas de salud, a fin de definir políticas y estrategias de gestión de personal. Su objetivo principal es apoyar el fortalecimiento de políticas de desarrollo de recursos humanos en el marco de los procesos de cambio de los sistemas de salud en el que están inmersos los países de la Región<sup>23</sup>.

En Guatemala, el Observatorio es una iniciativa de la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas de los Sectores Académico y Sector Salud. Para la Comisión, una de las líneas de trabajo es el fortalecimiento de la fuerza de trabajo en salud, necesitando para ello información actualizada de lo que sucede en la formación y capacitación de los recursos humanos.

23. En Organización Panamericana de la Salud 2000: Observatorio de Recursos Humanos para la Salud. Propuesta Interagencial OPS-CEPAL-OIT. Quito. Disponible en [http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/pub01ind\\_int.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/pub01ind_int.pdf).

La Comisión tiene a su cargo el desarrollo y funcionamiento del Observatorio, aunque éste es coordinado por la Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Salud. Se integra por delegados de instituciones relacionadas con la fuerza de trabajo en salud, las cuales manifiestan interés en participar activamente.

Los objetivos que se persiguen con el Observatorio son:

- Proveer conocimientos sobre la situación de la fuerza de trabajo en salud y sus tendencias.
- Mantener el diálogo y el consenso de los sectores involucrados, para que se produzcan recomendaciones y se orienten las intervenciones para el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud.
- Identificar y promover investigación del efecto de procesos institucionales, nacionales e internacionales en la fuerza de trabajo en salud, con especial énfasis en procesos de reforma sectorial y de integración regional.
- Utilizar y promover el uso de la información y de las recomendaciones que se formulen, para la planificación, formación, capacitación, regulación y absorción de los recursos humanos que contribuyen a la prestación de servicios de salud.
- Responder a solicitudes de asesoría en temas y situaciones específicas, mediante opinión técnica, discusión participativa y mediación.
- Procurar la coordinación y cooperación interinstitucional para el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud.
- Fortalecer la capacidad rectora del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social<sup>24</sup>.

## 5. Lecciones Aprendidas

Se han identificado lecciones aprendidas en la actuación de la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas, y acciones de instituciones formadoras. A continuación se describen ambas:

### 5.1. De la Comisión Interinstitucional

- Es indudable que el hecho de haberse integrado el Sector Académico, representado en las tres universidades con el Ministerio de Salud en una Comisión Interinstitucional es una clara manifestación de ver el problema

---

24. Tomado de apuntes de la Doctora Annette Morales de Fortín, Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad Mariano Gálvez.



de salud, y particularmente el desarrollo de los recursos humanos, como algo que nos atañe a todos y no sólo al Estado. En ese sentido la solución de los problemas de salud tiene una visión de país.

- En cuanto a la Comisión Interinstitucional la experiencia que se ha tenido en cuanto a actuación, se puede decir que, a pesar de que algunos consideran que no se está funcionando como idealmente se quisiera, el solo hecho de haber tomado la decisión de su conformación es una verdadera fortaleza del sistema, pues esto ha permitido, en primer lugar, tener la capacidad de escucharse como representantes de sus instituciones. La integración en la Asociación ha permitido que cada quien pueda aprender de la experiencia de otros, en torno a situaciones problemáticas. Se manejan los problemas de los hospitales como equipo.
- Los factores que influyen positivamente en la Asociación se dan, por ejemplo, cuando van a hacer la distribución de recursos humanos en los hospitales. Esa negociación se ha hecho de acuerdo a las necesidades de los hospitales y no a las necesidades de las universidades.
- La formación de la Comisión ha permitido, además de lo anterior, darse cuenta de que si las universidades se aíslan se desubican de la realidad. Con la Comisión se logró aglutinar a las diferentes instancias del Sector Salud, en cuanto a recursos humanos, lo que de otra forma no se hubiera conseguido. Por eso se hace imperante su fortalecimiento.
- La totalidad de los miembros de la Comisión Interinstitucional piensan que es importante se asuma por parte del Ministerio de Salud, la rectoría en la planificación y manejo de los recursos humanos, que se plasmaría en un Plan Nacional de Recursos Humanos. Esto permitiría que entre todos se tuvieran parámetros claros de negociación, teniendo una visión de país, más que una visión segmentada en el tema de los recursos humanos.

Existe el criterio generalizado entre los miembros de la Comisión Interinstitucional de que esta comisión podría funcionar mejor si se dieran ciertas condiciones, las que a grandes rasgos son:

- Quienes integran la Comisión deben asumir sus responsabilidades como parte del Sistema de Desarrollo de Recursos Humanos.
- La Comisión podría ser más útil al Ministerio, si este último tuviera, en primer lugar, una línea de dirección de los recursos humanos por donde se pudiera enfocar las acciones de las instituciones formadoras. Esto se lograría con un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos a largo plazo y constante, lo cual haría que las universidades planificaran mejor el desarrollo de los programas orientados a satisfacer lo que el Ministerio de Salud ha definido como prioritario.

- La mayor debilidad de la Comisión se debe muchas veces a los cambios de Gobierno, y a intereses de orden político. Esto ha hecho que no se dé continuidad a lo requerido, pues al entrar un nuevo gobierno, se debe nuevamente comenzar de cero.

## 5.2. De Otras Instancias Institucionales

- Entre los aspectos positivos encontrados se tiene que existe una gran facilidad para que los profesionales graduados puedan hacer su especialidad en el sistema hospitalario nacional. Es la Universidad de San Carlos la que califica a los profesionales antes de graduarse, y la que posteriormente los certifica como especialistas.
- La regionalización llevada a cabo por las universidades, como la Universidad de San Carlos con el programa de residentes, ha sido una extraordinaria decisión para poder paliar los problemas de salud que tiene el país. Existen otros ejemplos de proyectos como el de las Universidades Rafael Landívar, y el de la Universidad Mariano Gálvez, las que también están llevando a cabo programas regionalizados.
- La Escuela Nacional de Enfermería ha venido desarrollando cierta tecnología, basada en medios electrónicos de bajo costo y amplio alcance, la cual está siendo utilizada para la formación de sus recursos humanos, especialmente auxiliares de Enfermería. Esto se ha venido desarrollando en Alta Verapaz, lo que constituye una lección aprendida exitosa de mucha ayuda creativa, en la dotación de recursos humanos en el país.

## 6. Análisis, Reflexiones y Recomendaciones

A continuación se detallan algunos hallazgos considerados como importantes en la consulta de los documentos descritos en la Introducción de este documento, así como algunos comentarios e información importante proporcionada por los informantes clave al momento de entrevistarlos.

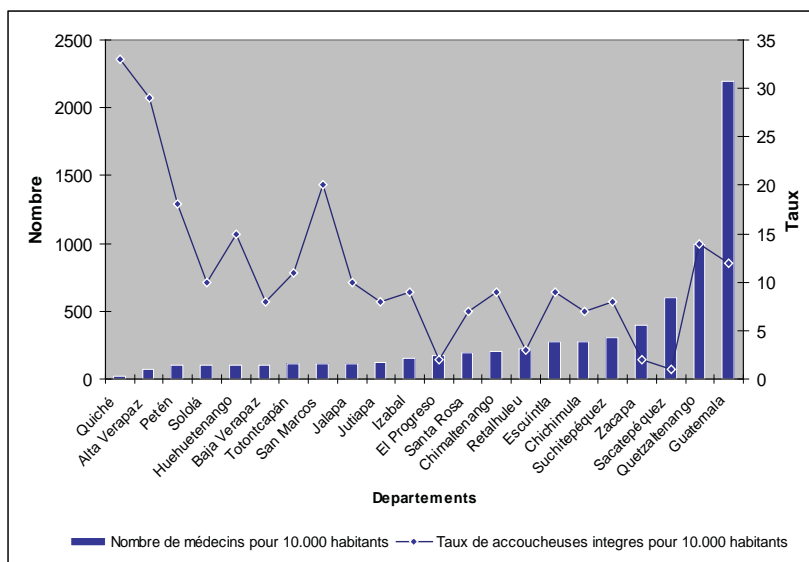
### 6.1. Análisis

Esta parte se orienta básicamente, a las realidades que el Ministerio de Salud como el ente rector de la salud en el país, y ahora, junto con la Comisión Interinstitucional enfrentan, y que constituyen los desafíos más importantes en el trabajo de desarrollar los recursos humanos, en búsqueda de mejorar la situación de salud del país. Algunos de estas situaciones también representan acciones, en las cuales se necesita trabajar.

- Según el documento de “Recursos Humanos para la Salud en Guatemala”, de la doctora América Mazariegos, “los índices del número de profe-

sionales y técnicos por habitantes son un reflejo del sistema de salud que cada país adopta<sup>25</sup>. Según datos recabados en dicho documento, existe una relación inversa entre el número de médicos por 10 mil habitantes y el número de comadronas integradas a los servicios de salud, la que se describe en la siguiente figura, que evidencia la importancia de la incorporación de este recurso humano al equipo de salud.

DISPONIBILIDAD DE MÉDICOS Y COMADRONAS INTEGRADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS DEPARTAMENTOS DEL PAÍS



Fuente: La Gráfica ha sido extraída del documento borrador de Mazariegos de Fernández. p.181.

- En el caso de Enfermería, según el documento “Caracterización de la Fuerza de Trabajo de Enfermería en Guatemala<sup>26</sup> se tienen 3,6 enfermeras profesionales por 10 mil habitantes en el área metropolitana, mientras que en los departamentos la razón es mucho menor.
- Complementando esta realidad, se tiene que en la mayoría de los hospitales departamentales, solamente se cuenta con una enfermera profesional en los turnos nocturnos, y que ésta debe supervisar todo el hospital, dejando la atención a los pacientes en manos de auxiliares de Enferme-

25. Mazariegos de Fernández, América. Recursos Humanos para la Salud en Guatemala: disponibilidad y formación. Documento borrador. P. 180.

26. Ministerio de Salud Pública, Universidad de San Carlos de Guatemala, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), Asociación Guatemalteca de Enfermeros(as) Profesionales, Universidad Rafael Landívar, Universidad Mariano Gálvez, Organización Panamericana de la Salud 2009: Caracterización de la fuerza de trabajo en enfermería en Guatemala. Abril 2009.

ría<sup>27</sup>. Idealmente los pacientes deberían estar siempre atendidos por un médico, y no por una enfermera, pero por la carencia de profesionales se dan estos problemas, lo que en algunos casos es peor, pues los pacientes ni siquiera son atendidos por enfermeras, sino por auxiliares de Enfermería, lo cual empeora la situación.

- No existe un Plan Nacional de Recursos Humanos que pueda ser utilizado por la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y del Sector Salud como punto de referencia para planificar a largo plazo. Solamente existen acercamientos que responden en forma unilateral a algunos requerimientos que el Ministerio de Salud haya definido como áreas prioritarias. Por otro lado, a veces, cuando se hacen esos requerimientos, el Ministerio de Salud no se percata antes de que no hay financiamiento para cubrir esas necesidades.
- Debido a que no hay un plan, las universidades están abriendo carreras de acuerdo a la demanda que los estudiantes plantean, no a lo que el Ministerio de Salud pueda necesitar en función de sus objetivos de salud.
- Mientras las condiciones económicas prevalentes en las áreas definidas como de alta pobreza, no tengan una mejoría sustancial, la superación de los problemas de salud que el Ministerio de Salud debe enfrentar no van a tener una solución real, aun cuando se resuelvan los problemas de presupuesto, o se eleven los criterios de desarrollo de recursos humanos. Por otro lado, es muy difícil para el Ministerio de Salud, así como para las instituciones formadoras nacionales y privadas, mentalizar a sus recursos humanos (médicos, enfermeras) para que piensen en desplazarse a las áreas donde existe déficit de personal, y los índices de morbi-mortalidad son altos. Las personas al ver las pocas posibilidades de desarrollarse como profesionales, entiéndase tener su clínica privada e ingresos dignos, buscarán mantenerse alejados de esos entornos que no les representan respuestas a sus expectativas como personas que tienen que dar sustento a sus familias.
- Aun cuando el Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS se rigen por la Ley de Servicio Civil y por el Manual de Clasificaciones Presupuestarias para el Sector Público de Guatemala, no existe entre ambas instituciones, que son las dos grandes empleadoras de recurso humano en salud del país, uniformidad en cuanto a los salarios que pagan. El IGSS está considerado como mejor pagador de salarios que el Ministerio. De aquí que exista una clara intención de ciertos profesionales de trasladarse a esa institución al momento de graduarse. Esto

---

27. Ministerio de Salud Pública y otros 2009: p. 3.

hace al Ministerio de Salud un mal captador de recursos humanos, pues de los profesionales que se gradúan en la Universidad de San Carlos, la mayoría se van al IGSS o al sector privado.

- En cuanto a los postgrados en Medicina se refiere, actualmente se está dando mucha facilidad para ir al extranjero. Esto coloca a los programas nacionales en desventaja, lo que disminuye la posibilidad de captar recurso humano de estas calidades y niveles, puesto que los profesionales prefieren viajar al extranjero, que especializarse en Guatemala.
- Se sabe que algunos sanatorios están utilizando personal con escasa preparación académica para hacer tareas de Enfermería, las cuales, al finalizar cierto tiempo de trabajo, esos sanatorios les reconocen como auxiliares de Enfermería, sin la debida acreditación del Ministerio de Salud. Esto obliga a esas personas a trabajar únicamente en esos lugares, sujetas a que se les de mal trato por malos salarios, debido a que es el único lugar en donde pueden trabajar.

## 6.2. Reflexiones

- No existe en Guatemala un sistema nacional de acreditación del recurso humano producido localmente, y los mecanismos de educación continua, como requisito para las prácticas en las profesiones de la salud, son incipientes y no garantizan el mantenimiento de las competencias necesarias.
- En Guatemala no existe una política de incrementos salariales regulares en relación con incrementos en el costo de vida o por la inflación, que regularmente oscila arriba del 10% anual, tanto para profesionales de la salud como para otras profesiones. Es cierto que el Ministerio ha mejorado los salarios, pero estos aumentos no han sido suficientes.
- Las universidades privadas han contribuido en los últimos años a incrementar la formación de Enfermería y la profesionalización de auxiliares en la capital y en algunos departamentos. Sin embargo, el alto déficit que el país enfrenta aun no está cubierto, lo cual aumenta el potencial de riesgo de la migración a países desarrollados.
- Considerando que el recurso humano es el elemento humano más importante para lograr el cambio, el desarrollo del mismo debe ser una función continua de gerenciamiento, dada la necesidad de evaluación constante de sus conocimientos y habilidades en beneficio de realizar prestaciones de servicios de elevada calidad.
- La planificación y regulación de los recursos humanos en Guatemala es una atribución del Estado, concretamente del Ministerio de Salud, sin em-

bargo, no siempre es posible hacer realidad esta función normativa, pues faltan instrumentos técnicos, capacidad de recurso humano, o voluntad política.

- Se pueden palpar, notablemente, debilidades como la falta de políticas y planificación del recurso humano en salud, la transición en el mercado de trabajo y la producción de conocimientos, los desbalances e inequidades de la distribución de la fuerza laboral, destacándose los problemas de la escasez y migración interna y externa.
- Existe el criterio de que aún no se ha logrado alinear el proceso de formación de las universidades Rafael Landívar y Mariano Gálvez, en cuanto a los programas de Enfermería que tienen.
- En relación a la Dirección General de Recursos Humanos, se piensa que algunas de sus unidades no poseen la experiencia y capacidad técnica para dar lineamientos en materia de formación y capacitación de los recursos humanos. Ante esa realidad, algunas otras unidades formadoras, las cuales tienen nexos técnicos con esa Dirección, buscan hacer lo que consideran más conveniente, desde el punto de vista técnico, para sus unidades de formación, sin tomar en cuenta lo que la sección respectiva de la Dirección debiera enunciar.

Los procesos de admisión en las instituciones formadoras de personal de Enfermería, no tienen los mismos parámetros. En la Universidad de San Carlos se les hace un examen de Biología, y Lenguaje, y se miden aspectos de tipo actitudinal, con el fin de garantizar la formación de personal con verdaderos valores éticos, y capacidad técnica. En las universidades privadas ese sistema no existe, lo que no garantiza la calidad de las enfermeras que forman.

También en cuanto a Enfermería, se tiene que los salarios pagados por el IGSS son superiores a los del Ministerio de Salud. Eso provoca que el Ministerio a veces tenga problemas de reclutar personal, pues las enfermeras prefieren buscar oportunidades en donde mejor les pagan.

Para el fortalecimiento del Ministerio de Salud, la Comisión Interinstitucional es lo más importante en cuanto a recursos humanos se refiere. Se supone que la comisión puede ayudar, pero necesita información. Los hospitales son los que representan la facilidad para los programas académicos y quienes facilitan la integración docente asistencial.

### 6.3. Recomendaciones

- Es urgente que se tenga una política de recursos humanos por parte del Ministerio, la cual será utilizada por todas las organizaciones que integran

el sector salud en cuanto a formación de recursos humanos, entre las que se cuentan a la Comisión Interinstitucional, como punto de referencia para orientar sus acciones hacia donde está apuntando el Ministerio de Salud en el desarrollo de los recursos humanos.

- Es preciso que el Ministerio de Salud se trace como un propósito prioritario, el establecimiento e institucionalización de un Modelo de Gestión de Recursos Humanos, que alcance a todas las áreas de salud en el país.
- Superar la inequidad en la distribución de los recursos humanos demandará mucho tiempo, mientras los habitantes de las zonas desprotegidas e identificadas como deficitarias se enferman y mueren, esperando ser atendidos por personal de salud. En la intención de reducir esos tiempos se sugiere establecer alianzas con las comunidades locales, buscando identificar liderazgo local, con el fin de formar y capacitar nuevo recurso humano en salud al que le sean asignadas actividades de salud a la comunidad. Como antecedente, en Guatemala, entre los años 80 y 90, se dio una experiencia en Escuintla, donde se integraron el Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. En esa ocasión se formaron equipos básicos voluntarios de salud, integrados por médicos, enfermeras auxiliares, parteras, una figura que fue trascendental como lo fueron los “Radares en Salud”. Estas personas denominadas radares, se encargaban de otorgar medicamentos a los pacientes, además de dar información en salud, a un grupo de cien personas, o veinte familias asignadas a su cargo. El Ministerio de Salud entregó diplomas de acreditación de estas personas, nombrándolos como “Técnicos de Salud”<sup>28</sup>, quienes se convirtieron en el eje del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el nivel comunitario.
- Es preciso disponer de una plataforma de información que señale, constantemente, los niveles de distribución del personal en las diferentes zonas geográficas del país, por especialidad, lo que facilitaría el proceso de planificación en el desarrollo de recursos humanos, tanto para el Ministerio de Salud, como ente rector de la salud, como para la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas.
- Hacer una revisión del funcionamiento del Observatorio en Salud, a fin de que se fortalezca con datos básicos, alimentado por información de fuentes primarias y por los actores del sistema, que permita una interacción permanente entre los objetivos de los planes institucionales, y las necesidades de información.

---

28. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) 2008: Gestión y Tecnología en Salud. Informe Final. Evaluación del Modelo Coordinado de Atención en Salud de los Departamentos de Escuintla y Suchitepequez. p.21.

- Aun cuando algunas universidades están haciendo actividades de estímulo a los estudiantes y profesionales de la Medicina en búsqueda de promover la regionalización de la educación, es imperante insistir en que se mantengan y se incrementen con acciones de subsidio que tiendan a incentivar la formación, en aquellas áreas localizadas como deficitarias en recursos humanos para la salud.
- Llevar a cabo actividades específicas de revitalización de la Dirección General de Recursos Humanos que le permitan alcanzar la rectoría del manejo y orientación, dentro y fuera del Ministerio. Existen algunas instancias administrativas del Ministerio que aun no reconocen a la Dirección General de Recursos Humanos como la responsable directa del manejo y orientación de los recursos humanos del Ministerio de Salud.
- Finalizar y lograr la institucionalización de la Ley de Carrera Sanitaria, la cual se sabe está en vías de discusión y aprobación en el Congreso. Esta ley será de mucha utilidad para garantizar la permanencia de los recursos humanos en el sector salud, y por lo tanto se facilitará la planificación a largo plazo.
- A la luz del respaldo que la ONSEC está planteando en los acuerdos gubernativos 185, el Ministerio de Salud deberá, no solo apoyar a y facilitar que se apliquen los contenidos de dicho acuerdo, especialmente en cuanto a los nombramientos de personal a contratarse se refiere, sino que deberá garantizar que tengan los dictámenes que respaldan la correcta contratación de personal.
- Sería importante hacer una revisión y actualización del convenio suscrito entre el Sector Académico y el Ministerio de Salud con la finalidad de fortalecer su actuar, y ampliar su campo de actuación en cuanto a su papel asesor en materia de recursos humanos.
- El inciso e) del artículo 3 del Acuerdo Ministerial No. SP-M-1814-2005, así como el numeral 9 de la Declaración de trabajo conjunto, de las facultades de Medicina de las tres universidades, faculta a la Comisión a invitar a otras unidades facultativas e instituciones académicas, de servicio e investigación, a incorporarse y participar en este esfuerzo conjunto. De aquí que existen otras universidades del medio nacional que están a cargo de programas de formación de profesionales en la Medicina y Enfermería, las cuales sería importante que, con la revisión del acuerdo, se incluyan como integrantes en la Comisión.
- En el mismo sentido del párrafo anterior, la Escuela de Enfermería del Ministerio de Salud se encuentra un tanto aislada del proceso y de la Comisión, siendo un gremio de tanta importancia en los procesos de pres-



tación de salud, y en el desarrollo de recursos humanos. Se recomienda se considere seriamente su inclusión en la Comisión Interinstitucional con los mismas responsabilidades y las mismas obligaciones de los demás miembros. Con la inclusión de la Escuela de Enfermería la Comisión podría lograr que los programas de Formación a nivel Nacional se conduzcan con los mismos parámetros, los cuales serían objeto de análisis y negociación a lo interno de la Comisión.

- Poner especial cuidado en no sacrificar la calidad de la formación por el interés y la necesidad de aumentar la formación de profesionales, dado que aún existen muchos lugares que necesitan ser provistos de personal en salud. Se debe poner especial cuidado en mantener y, si es preciso, mejorar los estándares definidos de los programas de formación.
- Urge llevar a cabo una actividad de revisión del plan decenal 2006-2015, cotejando sus alcances con las metas regionales, lo cual daría la pauta para definir lineamientos o bien para readecuar lo que el Ministerio de Salud tenga ya definido en orientación al desarrollo de los recursos humanos para la salud, y al cumplimiento de esas metas regionales aceptadas por el país.

## Anexo 1. Resumen de la Evaluación del Cumplimiento de Desafíos y Metas

A continuación, un resumen de la evaluación del cumplimiento de desafíos y metas, extraído de dicho documento, con el propósito de visualizar, gráficamente, el alcance en cada uno de los desafíos y metas. Se practicó una escala numérica de 0 a 4, la cual se evaluó por el autor de este documento, como se describe en el encabezado de la siguiente matriz, tomando como base la redacción proporcionada para cada uno de los desafíos y metas. Se reconoce que otras evaluaciones podrían tener resultados diferentes a partir de diferentes criterios de evaluación.

### EVALUACIÓN DE DESAFÍOS Y METAS (4=100%, 3=75%, 2=50%, 1=25%, 0=0%)

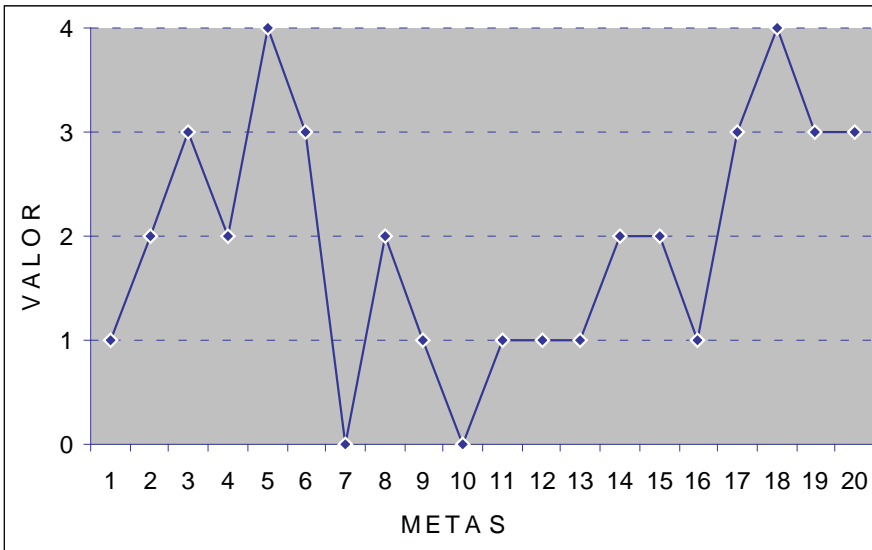
Desafíos y Metas Regionales	Nivel de Aplicación Local				
	0	1	2	3	4
<b>DESAFÍO 1.</b> Definir políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en los sistemas de salud.					
	No existe Política Nacional. La ausencia de un sistema de salud integrado y de continuidad de políticas nacionales de atención en salud con la revisión de Ley de Servicio Civil podría darse. El Plan Decenal no fue considerado.				
<b>Meta 1.</b> Todos los países de la Región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes.					
	La meta no se alcanzará, debido a la proyección de RHS para los próximos 6 años y la inexistencia de parteras profesionales en el país. Lentamente se puede avanzar si aumentaran los profesionales cuya formación sea menor a 5 años y medio.				

Desafíos y Metas Regionales	Nivel de Aplicación Local					
<b>Meta 2.</b> Las proporciones regional y sub-regional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.	0	1	2	3	4	No existe política, ni intención aparente de introducir la APS como modelo de atención en el país. Se han introducido elementos pero dista mucho de ser estrategia generalizada.
<b>Meta 3.</b> Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con 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.	0	1	2	3	4	Solo hay una carrera en la URL. En la estrategia de extensión de cobertura se contempla la participación de agentes comunitarios cuya capacitación recae en ONG a quienes se contratan servicios. La participación comunitaria sigue siendo reducida.
<b>Meta 4.</b> La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países.	0	1	2	3	4	La razón se reducirá pero no alcanzará la meta.
<b>Meta 5.</b> 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.	0	1	2	3	4	Desde 1999 el Ministerio de Salud estableció una Dirección de RHS, la que posee un excelente nivel organizacional para incidir en la elaboración de políticas, sin embargo se mantiene en un estado débil y no ha aprovechado su posición.
<b>DESAFÍO 2.</b> 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.	0	1	2	3	4	Existe una distribución inadecuada e inequitativa de los Recursos Humanos, concentrados mayormente en el área metropolitana. La situación es apremiante, si se considera la relación entre los índices de pobreza y la baja disponibilidad de recursos humanos para la salud.
<b>Meta 6.</b> La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2010.	0	1	2	3	4	Dada la magnitud de los hechos no se espera alcanzar la meta. Se espera en algunas profesiones como enfermería y medicina en algunos departamentos, pero en algunos lugares la situación es apremiante, y no se visualizan acciones en esa línea.
<b>Meta 7.</b> El 70% de los trabajadores de atención primaria en salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables.	0	1	2	3	4	No se visualizan acciones que sugieran la posibilidad de alcanzar la meta.
<b>Meta 8.</b> El 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.	0	1	2	3	4	No existen acciones orientadas al desarrollo de competencias, de acuerdo a la complejidad de las funciones. Las capacidades son aisladas y no siempre tienen la orientación precisa para quienes la requieren.
<b>Meta 9.</b> El 30% del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades.	0	1	2	3	4	Hay interés para reclutar personal de salud en la comunidad, pero no hay disponibilidad. Hay riesgos de emigración de personal de enfermería por las demandas crecientes de personal calificado.
<b>DESAFÍO 3.</b> Promover acciones nacionales e internacionales para que los países afectados por la migración conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación.	0	1	2	3	4	Aunque existe migración, por el momento no existe un problema. Ya existen solicitudes a escuelas formadoras que incluyen la oferta de apoyo e incentivos para la adaptación al extranjero.
<b>Meta 10.</b> Todos los países de la Región habrán adoptado un código internacional de práctica o desarrollado normas éticas sobre reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.	0	1	2	3	4	Por no considerarse un problema para el país, es probable que no se trabaje en ese sentido.

Desafíos y Metas Regionales	Nivel de Aplicación Local					
<p><b>Metas 11.</b> Todos los países de la Región tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.</p>	0	1	2	3	4	<p>Aunque alargar la meta es impredecible, todo apunta a que no existirá. Hay participación de Cuba en la formación de médicos que probablemente se mantendrá por algún tiempo.</p>
<p><b>Meta 12.</b> Todas las subregiones habrán formulado acuerdos mutuos, e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.</p>	0	1	2	3	4	<p>No hay acciones concretas en ese sentido, sin embargo hay iniciativas de acreditación de carreras en el SICEVAES conducido por el CSUCA para la educación estatal.</p>
<p><b>DESAFÍO 4.</b> 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.</p>	0	1	2	3	4	<p>Los salarios bajos, las condiciones físicas no ideales y los mínimos incentivos económicos se entregan mediante bonos que no inciden en el pasivo laboral. Bajos salarios provoca pluriempleo. Entre el 45 y el 65% tienen más de un empleo.</p>
<p><b>Meta 13.</b> La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.</p>	0	1	2	3	4	<p>Se visualiza que no se alcanzará. En vez de reducir los niveles de empleo precario hay tendencias al aumento la contratación temporal sin prestaciones laborales.</p>
<p><b>Meta 14.</b> El 80% 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.</p>	0	1	2	3	4	<p>No hay iniciativas en esa línea, pero se factible alcanzar en los años que restan para 2015, lo cual descansa totalmente en decisiones políticas.</p>
<p><b>Metas 15.</b> 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.</p>	0	1	2	3	4	<p>Podría avanzarse en ese aspecto si las universidades, escuelas formadoras y unidades de capacitación de las instituciones prestadoras de salud trabajarán de manera deliberada, pero en todo caso no es factible llegar a la meta.</p>
<p><b>Meta 16.</b> El 100% de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislación efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.</p>	0	1	2	3	4	<p>Hay legislación, sin embargo la participación sindical en Guatemala es compleja, lo que determina la dificultad para alcanzar acuerdos y pactos colectivos. No se visualiza un avance importante.</p>
<p><b>DESAFÍO 5.</b> Crear mecanismos de cooperación entre instituciones educativas y de servicios de salud para producir profesionales sanitarios sensibles y calificados.</p>	0	1	2	3	4	<p>Guatemala fue primera en el año 2004 en desarrollar diálogos entre instituciones prestadoras y formadoras de RHS. Se sustento mediante Acuerdo Ministerial que establece la coordinación de la misma. Se subdividió en 3 subcomisiones: (1) desarrollo de la fuerza de trabajo; (2) integración docente asistencial, y (3) investigación.</p>
<p><b>Meta 17.</b> El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de la salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.</p>	0	1	2	3	4	<p>La mayoría de las escuelas de ciencias de la salud han fortalecido la APS en la Pensa de estudios, sin embargo el modelo científico hospitalario sigue predominando en las escuelas de recurso técnico. Solo hay una carrera de enfermería de la Landívar. Meta susceptible de alcanzarse si se hacen los cambios oportunos.</p>
<p><b>Meta 18.</b> El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para traer y formar estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.</p>	0	1	2	3	4	<p>Las universidades han iniciado programas académicos en Salud Pública, enfermería y medicina en poblaciones donde hay deficiencia de RHS en salud y elevada proporción indígena, captando y becando estudiantes de aldeas y poblados de cabeceras departamentales. Esa tendencia se mantendrá.</p>

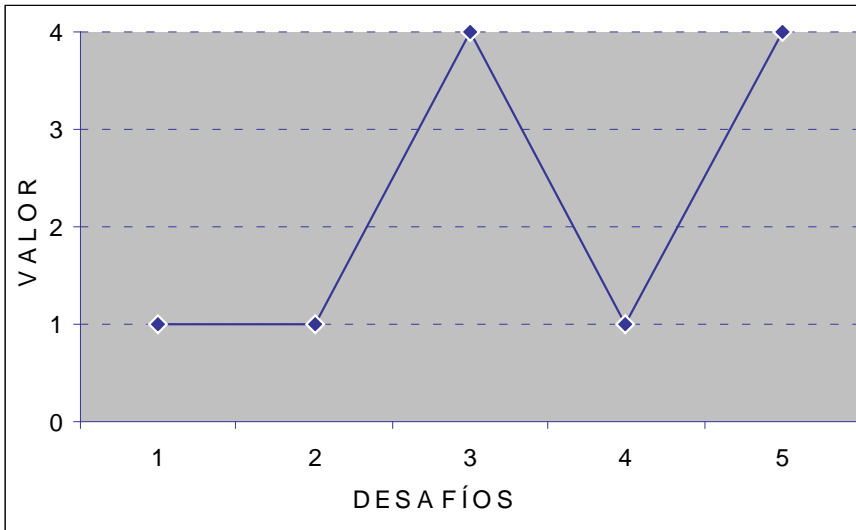
Desafíos y Metas Regionales	Nivel de Aplicación Local				
<b>Meta 19.</b> Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.	0	1	2	3	4
	La deserción oscila entre 20 y 85%, en enfermería es un poco menor. La situación económica es una de las causas de la deserción. Es poco previsible un descenso al nivel exigido por la meta.				
<b>Meta 20.</b> El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.	0	1	2	3	4
	Se habrá avanzado al año 2015, aunque no se alcanzará la meta. Es evidente el interés de las escuelas de ciencias de la salud buscar la acreditación.				

### CUMPLIMIENTO DE METAS



Con base en el método utilizado, solamente dos de las metas: la 5 y la 18 alcanzaron un máximo de 4 puntos o sea el 100%. Cinco metas estuvieron en el nivel 3, o sea en el 75%. Y 13 metas, estuvieron entre el nivel de 0 a 2%. Todos estos resultados son después de 4 años de haberse definido los desafíos y metas.

### CUMPLIMIENTO DE DESAFÍOS



Dos desafíos fueron considerados como que se han alcanzado a la fecha. El desafío 3 y el desafío 5 dando un 40% de efectividad. El resto mostró un 60% de baja efectividad en cuanto a lo alcanzado.

## Anexo 2. Acciones y Estrategias para el Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud

### *Acciones*

1. Formulación de una política nacional de desarrollo de recursos los humanos en salud.
2. Establecimiento de la carrera administrativa del personal de salud en el ámbito gubernamental.
3. Fortalecimiento institucional de las instancias responsables del desarrollo de los recursos humanos.
4. Mejoramiento, a nivel nacional, mediante legislación y acuerdos gubernamentales, de las condiciones laborales del personal de salud, ofreciendo un empleo digno que incremente la satisfacción y motivación personal y minimice el multiempleo.
5. Creación de sistemas de información de recursos humanos para la salud del país e institucionales, permanentes y de calidad, que incluyan la perspectiva laboral y de formación y capacitación.

6. Identificación de las brechas de formación y capacitación del personal de salud por regiones, con las características precisas.
7. Desarrollo de planes y programas nacionales con participación interinstitucional y apoyo político para dar respuesta a las necesidades por regiones.
8. Identificación precisa del perfil laboral de los recursos humanos requeridos por las instituciones empleadoras.
9. Identificación de las competencias laborales como base para el reclutamiento, capacitación, supervisión y evaluación del personal, así como para la formación y capacitación de los recursos que el país requiere.
10. Homologación de los contenidos mínimos de las carreras de salud.
11. Apertura de programas idóneos a nivel local que faciliten la incorporación de estudiantes del lugar, conocedores de la cultura y necesidades propias y la creación paralela de oportunidades laborales.
12. Incorporación del enfoque y de los contenidos de atención primaria en salud en las carreras técnicas y profesionales.
13. Incremento en la acreditación de carreras técnicas y profesionales.
14. Planteamiento de normas de ética para la negociación de la emigración de personal de salud a otros países.

### *Estrategias*

1. Fortalecimiento del Observatorio Nacional de Recursos Humanos para la Salud.
2. Impulso, al más alto nivel político, de la aprobación de la Carrera Administrativa Estatal y la Política Nacional de Recursos Humanos para la Salud.
3. Incremento de la interacción del sector académico y el sector asistencial en salud, mediante el fortalecimiento de la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y Asistencial.
4. Intercambio de experiencias del sector académico sobre las prácticas docentes y la introducción del componente de atención primaria en el currículo de las carreras de salud técnicas y profesionales.
5. Fortalecimiento de las instancias de acreditación de la formación en salud a nivel profesional y técnico, incluyendo el debido respeto institucional a sus resoluciones.

## Bibliografía

Congreso de la República de Guatemala 2010: Ley de Carrera Sanitaria. Guatemala.

\_\_\_\_ Ley Marco de Salud. Plan Visión de País. Anteproyecto de Ley.

Facultades de Medicina y Ciencias de la Salud de Tres Universidades y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2004: Declaración de Trabajo Conjunto.

Gobierno de la República: Acuerdo Gubernativo No. 355-2009. Guatemala. 30 de diciembre del 2009.

Mazariegos de Fernández, Dra. América: Recursos Humanos para la Salud en Guatemala. Disponibilidad y Formación. Documento Borrador.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2006: Plan Decenal de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud, 2006-2015. Guatemala.

\_\_\_\_ 2009: Caracterización de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en Guatemala. Informe Final de la investigación.

Oficina Nacional de Servicio Civil: Resolución D-2007-128 de la Presidencia de la República. Guatemala C.A.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2009: Información sobre Recursos Humanos de Salud en Guatemala. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

\_\_\_\_ s.f.: Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015. Manual de Medición de Líneas de Base.

Salud en las Américas 2007. Volumen I. Regional.

## Introducción. Una Contextualización Básica

Honduras es el segundo país del Istmo Centroamericano por su extensión territorial (112.492 km<sup>2</sup>) y por el número de habitantes que se estima en 7.699.405, de los cuales 48,3% (3.720.160) son hombres y 51,7% (3.979.245) son mujeres. La población urbana representa el 46% (3.505.582) del total de habitantes y de ésta el Distrito Central concentra aproximadamente el 27,6% con 966.239 habitantes, mientras que San Pedro Sula con 570.497 habitantes representa el 16,3% y el 54% de la población es rural.

En los últimos años la población ha crecido a un ritmo promedio de 2,3% anual en todo el territorio y de 1,27% en la zona rural. La densidad de población es de 68,5 hab./km<sup>2</sup> ligeramente inferior a la densidad de la región 72,9 hab./km<sup>2</sup>.

La República de Honduras está dividida políticamente en 18 departamentos y 298 municipios.

El Sistema de Salud Hondureño —como se describe en el documento de Análisis de la Situación de los Recursos Humanos para la Salud en Honduras 2009, elaborado por la Maestría en Salud Pública<sup>29</sup>— está constituido por la Secretaría de Salud (SESAL) que cubre con servicios de atención en salud el 60% de la población, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) que cubre el 10% de la población y las unidades proveedoras del sector privado.

Según los elementos normativos del país, la Secretaría de Salud es la entidad rectora del sector y debe enlazar funciones y coordinaciones con otras entidades del Estado, entre ellas el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), la Secretaría de Finanzas (SEFIN), la Dirección General de Servicio Civil, la Secretaría de Educación y la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), que rectora el nivel de educación superior en el país y a las otras universidades y centros de formación relacionados a la temática. Además, debe coordinar con otras instancias como los colegios profesionales e instancias internacionales relacionadas con el Sector Salud.

Para facilitar su trabajo, la SESAL trabaja a través de 20 regiones departamentales coincidentes con la organización geográfica y administrativa del país. En dichas regiones cuenta con 6 hospitales nacionales, seis hospitales regionales,

29. Postgrado de Salud Pública. Análisis de Situación de los Recursos Humanos para la Salud, Honduras 2009. Facultad de Ciencias Médicas, UNAH/OPS. Tegucigalpa.



16 hospitales de área, 4 centros de emergencia (CLIPPER) y en el nivel local 380 centros de salud con médico y odontólogo (CESAMO) 1.002 centros de salud rural (CESAR) y 56 clínicas materno infantiles (CMI)<sup>30</sup>.

En relación a los fondos utilizados por la SESAL para el financiamiento de sus acciones —en promedio 2006 al 2009— se suple básicamente de fondos nacionales 79,07 % y de otros fondos<sup>31</sup> 20,93 %. Del monto total de los fondos, más del 50% se utiliza para el pago del recurso humano en salud (RHS).

TABLA 1. ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA SESAL/UTILIZACIÓN EN RHS

Año	Presupuesto Vigente SESAL (Ls)	Porcentaje <sup>a</sup> de Presupuesto Utilizado en RHS (salarios/formación)
2006	5.803.382.431	52,2% / 3,36%
2007	7.164.126.024	49% / 3,3%
2008	7.658.884.373	54,8% / 1,22%
2009	9.417.888.582	54,82% / 1,03%
2010 (aprobado)	10.032.846.511	57,3% / 1,1%

Nota:

<sup>a</sup> Se incluye en este porcentaje montos para libros, revistas, capacitación, textos y becas (para establecer una idea general del monto invertido).

## La Gestión del Recurso Humano en Salud (RHS)

Según datos manejados por la Secretaría de Finanzas en el 2009 se crearon 696 plazas nuevas tanto para personal médico, enfermeras auxiliares y enfermeras profesionales, como para odontólogos, microbiólogos, químicos farmacéuticos y personal técnico con diferentes especialidades.

En el 2010 se proyecta la apertura de 400 plazas nuevas las cuales se distribuirán entre médicos, enfermeras auxiliares y enfermeras profesionales.

La proporción en la distribución de las plazas nuevas conserva la tendencia observada desde el 2008 en cuanto al personal contratado en relación al número de habitantes —mayor número de plazas para enfermeras auxiliares, médicos y enfermeras profesionales en ese orden descendente—.

La SESAL poseía hasta el 2008<sup>32</sup> un total de 17.699 trabajadores de la salud, de los cuales un 27,1% (4.797) corresponde a personal administrativo y un 72,9% (12.902) a personal profesional, auxiliar y técnico relacionado a los servicios de salud.

30. Datos tomados de documento: Postgrado de Salud Pública. Análisis de Situación de los Recursos Humanos para la Salud, Honduras 2008. Facultad de Ciencias Médicas, UNAH/OPS. Tegucigalpa, considerando datos del IHSS y hospitales privados que informan a la SESAL.

31. Se consideran fuentes de crédito externo, donaciones /fondos externos y fondos de alivio a la deuda.

32. Secretaría de Salud. Unidad de Planeamiento y Evaluación.

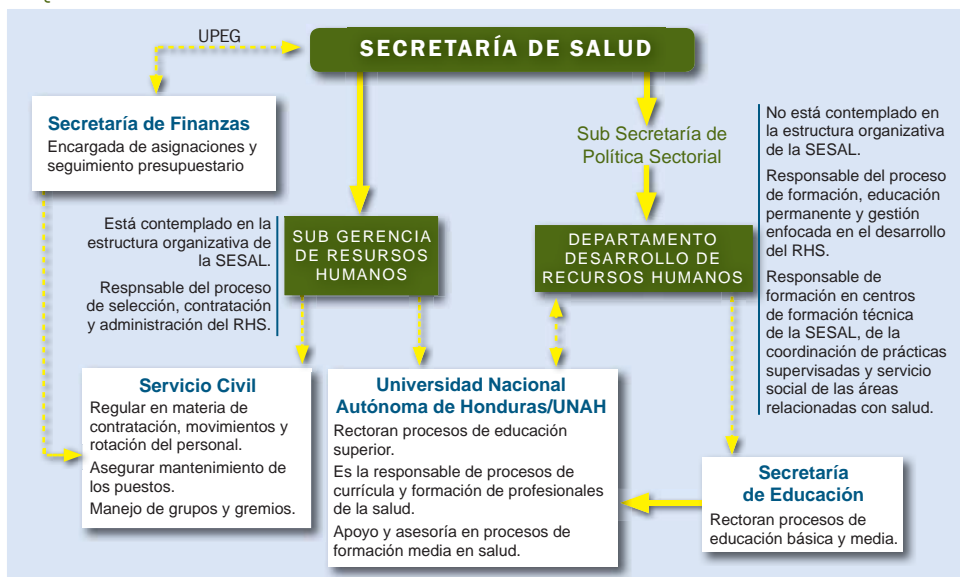
Del total de trabajadores de la salud, un 57,33% (10.147) corresponde al curso de atención médica; de los cuales un 64,87% correspondía a enfermeras auxiliares, un 12,24% a enfermeras profesionales y un 22,9% a profesionales de la medicina —1.194 médicos generales y 1.129 médicos especialistas—.

La razón promedio de densidad de los RHS —según datos de la SESAL— en el 2008 se reflejaba en 3 médicos, 2 enfermeras profesionales, 3 odontólogos y 8 enfermeras auxiliares por cada 10.000 habitantes<sup>33</sup> en el nivel nacional.

Para la administración y gestión del recurso humano, la SESAL posee dos estructuras que tienen bajo su responsabilidad la formación, el desarrollo, la selección y la administración del personal. Estas instancias son la Subsecretaría de Recursos Humanos y el Departamento de Recursos Humanos, instancias que están concebidas como independientes y cuya relación es más bien ocasional y puntual.

Acorde a sus funciones y obligaciones, dichas instancias se relacionan con otras secretarías o figuras estatales, con las que coordinan y establecen alianzas según sus competencias y necesidades concretas. Estas relaciones se pueden representar de la siguiente manera.

#### ESQUEMA DE INSTANCIAS RELACIONADAS AL TEMA DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD



33. No obstante, esta razón de densidad cambia en los centros más poblados; de tal forma que se reflejaba en 23,78 médicos por 10 000 habitantes en el Departamento de Francisco Morazán-Distrito Central, al que pertenece Tegucigalpa.

Como se puede observar, la gestión de los RHS está dividida en dos elementos clave: la actualización y formación del personal —responsabilidad del Departamento de RH—, y la selección y manejo del personal —responsabilidad de la subgerencia de RH—. Como resultado de esta organización de las funciones relacionadas al RHS, han surgido algunas características que inciden directamente en el logro de las metas regionales. Éstas son:

- El Departamento de Desarrollo de los RH se ha convertido en el referente de la SESAL para los procesos relacionados con RHS —la política, los planes y procesos de mejora en cuanto a la temática y el sector—. Esto sin considerar su capacidad operativa y de incidencia real.
- La subgerencia de RH se ha dejado por fuera al momento de desarrollar los procesos referentes a la mejora de los RHS; esto se refleja en los planes de RHS, los cuales tienen un mayor énfasis en las acciones de formación, educación permanente y referencia en cuanto a la situación real de RHS y su capacidad de respuesta a las necesidades de país.
- No se ha logrado implementar una gestión del personal con todos los procesos esenciales para asegurar impactos que deriven en un cambio real y sostenible. Esto se evidencia especialmente en el hecho de que no existe una planificación estratégica de cómo se realizará dicha gestión, o bien los elementos existentes son bastantes débiles y no son integrales; y en que no se desarrollan procesos de evaluación y monitoreo del desempeño.
- Se ha trabajado muy poco en relación a la generación de un plan para la gestión del RHS, especialmente en los desafíos que tienen relación con la ubicación adecuada del personal y la generación de ambientes de trabajo saludables.

Actualmente el quehacer de ambas instancias —al tener acciones bien delimitadas— permite relacionar claramente a cada instancia con los desafíos planteados en las Metas Regionales de los Recursos Humanos para la Salud 2007-2015. Esta relación, considerando las metas específicas, plantea algunos desafíos que son compartidos.

*Subgerencia de Recursos Humanos*

- Definir políticas y planes a largo plazo. / Compartido, pero recae más en la Gerencia
- Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados. / Compartido.
- Generar ambientes de trabajo saludables y fomentar el compromiso de la fuerza de trabajo.

*Departamento de Recursos Humanos*

- Definir política y planes a largo plazo./ Compartido.
- Conservar el personal sanitario y evitar carencias en su dotación.
- Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud.

## 1. Desarrollo de Políticas de Recursos Humanos para la Salud y Transformación de los Modelos de Atención

En Honduras, como se ha mencionado, la orientación estratégica y el liderazgo en relación al mejoramiento en el Sector Salud y a los RHS —tanto en su gestión como en su formación— corresponde según normativa a la Secretaría de Salud. En este sentido, dicha instancia debería tener una visión clara en relación al tipo de Sistema de Salud que se debería desarrollar en el país.

Para lograr lo anterior, se han generado una serie de procesos —tanto desde el nivel central del Estado como del interior de la SESAL— orientados al establecimiento de instrumentos que permitan implantar propósitos comunes en cuanto al mejoramiento del Sistema de Salud. En este sentido, actualmente se poseen como elementos orientadores:

- **En el nivel nacional**, se ha generado el Plan Nacional de Salud 2021, el cual es concebido con una duración de largo plazo que tiene carácter político, técnico y sectorial, que como instrumento de planificación y gerencia estratégica facilita la conducción, armonización, alineamiento de los esfuerzos de los recursos nacionales y de la cooperación externa en el Sector Salud<sup>34</sup>.

En este plan se presentan los elementos conceptuales, de impacto y operativos que deberían orientar el accionar del sector hasta el 2021 de forma coordinada e intersectorial. Concretamente, se plantea como una meta medular del sector elevar a niveles aceptables el rendimiento del Sistema de Salud y su capacidad de respuesta a las expectativas y necesidades de la población mediante modelos efectivos, de calidad y equitativos.

Adicionalmente se establecen como prioridades del sector el fomento a la salud —especialmente en grupos prioritarios y vulnerables—; la salud materno infantil y nutrición; el control de enfermedades transmisibles; el control de enfermedades crónicas no transmisibles y la reforma al Sector Salud.

---

34. Tomado de Secretaría de Estado en el Despacho de Salud 2005. Plan de Nacional de salud, 2021. Disponible en Tegucigalpa, p. 99.

Actualmente, también debe considerarse como marco orientador la Visión de Nación 2010-2038 y el Plan de Nación 2010-2022. Este marco consta como una Ley de la República aprobada por el Congreso Nacional lo cual lo convierte en el referente de las acciones para los próximos períodos de gobierno y, por tanto, convierte en una necesidad el armonizar las diferentes acciones, procesos y planes sectoriales con su propuesta estratégica.

La visión de nación presenta la imagen objetivo de las características sociales, políticas y económicas que el país deberá alcanzar, mediante la ejecución de los sucesivos planes de nación y planes de gobierno consistentes entre sí, que describan las aspiraciones sociales en cada área y que se establezca para cada ciclo de 28 años.

Este Plan de Nación recoge los ejes estratégicos que atienden los desafíos que enfrenta la nación y alrededor de los cuales debe ejecutarse la acción pública y privada que se encamina al cumplimiento de los objetivos intermedios de la Visión de País.

*Definiciones tomadas de la página oficial de SEPLAN en: <http://www.seplan.gob.hn/index.php/vision-de-pais/informacion-general-.html>*

- **En el nivel de la Secretaría**, se ha generado una política de recursos humanos para la salud la cual orienta en relación a la visión que se tiene al interior de la SESAL sobre la gestión y desarrollo del personal que labora en dicho sector.

La Política de Recursos Humanos está desactualizada 25 años —la vigente en la actualidad fue aprobada en 1985— y no se logró aplicar al campo operativo.

*Tomado de: Evaluación del Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud 2006-2009*

Un aspecto relevante en cuanto a la política de RHS es el hecho de que existen dos versiones generando incertidumbre en los actores al momento de orientar las acciones relacionadas con el personal de la SESAL. Por un lado, existe una versión aprobada en 1985, la cual está en vigencia; por otro lado, existe una propuesta elaborada en el 2006, la cual ha sido presentada a las autoridades de la SESAL pero no ha sido aprobada.

Ambas políticas fueron creadas de forma participativa y con el aporte de diferentes actores e instancias, y buscan cumplir algunos de los desafíos planteados tanto por la situación de país como por los enfoques regionales e internacionales en cuanto al desarrollo del RHS. Estas políticas presentan como principales elementos característicos:

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LAS POLÍTICAS EN RHS DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Características de las Políticas de la SESAL sobre los Recursos Humanos para la Salud	
Política 1985 <sup>a</sup> / vigente Política de Recursos Humanos para la Salud	Política 2006 <sup>b</sup> / propuesta Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud
<p>La Política está enmarcada en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La Estrategia Global del Desarrollo (1982-1986) que tiene como un objetivo fundamental el desarrollo local como instrumento para: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Concretar las estrategias, políticas y proyectos apoyados en un trabajo intersectorial.</li> <li>▶ Priorizar la atención en áreas rurales y zonas marginadas urbanas.</li> </ul> </li> <li>■ El Plan Nacional de Salud que retoma como elementos básicos el desarrollo de los recursos humanos y la definición-articulación del Sector Salud; además: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Reconoce la problemática en cuanto a la coordinación multisectorial y la articulación del sector.</li> <li>▶ Reconoce la necesidad de mejorar la eficacia y eficiencia de los servicios del Sector Salud.</li> <li>▶ Concibe la creación de la Comisión Nacional de Recursos para la Salud (CONARHUS).</li> </ul> </li> </ul>	<p>La política está enmarcada en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ El Plan Nacional de Salud 2021<sup>c</sup> —elaborado en el 2005— que considera aspectos como los determinantes en salud, la atención primaria, promoción en salud y los objetivos del milenio. Además: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Plantea como principios la equidad, universalidad, accesibilidad, solidaridad, integralidad, complementariedad, participación social y sostenibilidad.</li> <li>▶ Identifica entre sus líneas estratégicas las políticas sectoriales y el fortalecimiento institucional; la articulación de acciones a nivel local; el aseguramiento en salud; brindar servicios de salud adecuados y de salud; y transparencia en la gestión de los recursos.</li> </ul> </li> </ul>

Notas:

<sup>a</sup> Ver anexo 1.

<sup>b</sup> Ver anexo 2.

<sup>c</sup> El Plan Nacional de Salud 2021 es el instrumento orientador que tiene vigencia en la actualidad, dentro de sus planteamientos enfoca la transformación que se quiere lograr en cuanto al sistema de salud y el modelo de atención.

Características de las Políticas de la SESAL sobre los Recursos Humanos para la Salud	
Política 1985 / vigente Política de Recursos Humanos para la Salud	Política 2006 <sup>b</sup> propuesta Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud
<p>Principales planteamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Planificar el desarrollo de los RHS acorde a prioridades establecidas en Plan Nacional de Salud.</li> <li>■ Promover formación de RHS en respuesta concreta a la realidad en la cual laborará -incluyendo aspectos administrativos.</li> <li>■ Promover el trabajo multidisciplinario e intersectorial.</li> <li>■ Diseñar y mantener un sistema de utilización del personal que facilite la incorporación permanente del RHS, según necesidades.</li> <li>■ Considerar tres áreas estratégicas: planificación, formación y utilización adecuada de RHS.</li> </ul>	<p>Principales planteamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fortalecer la SESAL para liderar la gestión de los RHS en el Sistema de Salud.</li> <li>■ Fortalecimiento de la Comisión Nacional de Recursos para la Salud (CONARHUS).</li> <li>■ Fortalecer las capacidades de la SESAL para fortalecer la gestión de los RHS en la institución y por tanto a nivel nacional. <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Establecer una unidad de RHS que permita la gestión integrada en la SESAL.</li> <li>▶ Programas de evaluación del desempeño.</li> <li>▶ Orientar formación del RHS hacia necesidades de país-área y en coherencia con tendencias regionales e internacionales.</li> <li>▶ Fortalecer la educación permanente en salud como actividad prioritaria e integral.</li> </ul> </li> </ul>

Notas:

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información de Secretaría de Estado en el Despacho de Salud 2005. Plan Nacional de Salud 2021. Tegucigalpa. Secretaría de Estado en el Despacho de Salud 1985. Política de RHS. Tegucigalpa y Secretaría de Estado en el Despacho de Salud 2006. Propuesta de Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud. Tegucigalpa.

Las políticas de RHS están orientadas al mejoramiento en la efectividad y eficacia de la calidad del profesional de la salud y, por tanto, de los servicios que se prestan a la población. No obstante, en la práctica no se ha logrado operativizar la mayoría de los puntos medulares que se plantean como propuestas o líneas estratégicas para lograr dicho propósito.

En el caso de la propuesta de política elaborada en el 2006. Ésta no ha sido aprobada por las autoridades correspondientes debido, en buena medida, a los cambios frecuentes de las máximas autoridades sufridos por dicha Secretaría en los últimos 4 años.

Del análisis de los elementos presentados previamente, se pueden establecer como algunos puntos clave:

### *En relación a la Política 1985*

- La política del RHS vigente está en coherencia con las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud; no obstante ésta no ha logrado operativizarse y, por tanto, los aspectos de planificación y utilización del RHS se han orientado más bien por demanda o por opciones coyunturales.

Por otro lado, el aspecto de formación —si bien se ha trabajado de forma más intensiva y coordinada— en muchos casos sigue realizándose con currículos desactualizados, que no responden a las necesidades del país y región, y que no aseguran promociones proporcionales a la demanda de trabajo y/o a las necesidades del sistema.

- La política de RHS posee diversos elementos coincidentes con el Plan de Nación 2021; no obstante, existe una serie de procesos y elementos conceptuales y políticos que no se consideraron. Al ser ésta la política vigente, es necesario lograr una armonización de ambos instrumentos.

### *En relación a la Política 2006*

- La política de desarrollo de los RHS nace de un proceso que involucró a diversos actores y que parte de la revisión de la política de 1985, la valoración de las principales necesidades de país en el momento de su elaboración y el cambio de prioridad —al pasar de la búsqueda de la ampliación de la cobertura— a acciones que mejoren el acceso, la calidad y calidez, la gestión eficiente y transparente de los servicios del sector.
- La política de desarrollo de RHS que está en calidad de propuesta, tiene su énfasis en la concreción de aspectos relacionados con la formación, educación permanente y la gestión. Lo que no se ha desarrollado es una

propuesta de operativización congruente con sus planteamientos y estrategias.

#### EL PROCESO DE ELABORACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

El proceso de elaboración de la política de RHS elaborada en el 2006 es el resultado de una serie de procesos desarrollados previamente. En este proceso participaron diferentes actores —representantes de la UNAH, IHSS, Secretaría de Salud, Secretaría de Finanzas (SEFIN), Secretaría de Planificación, Coordinación y Presupuesto (SECPLAN) y apoyo técnico de la OPS—.

Para su discusión y posterior elaboración se realizaron una serie de espacios de discusión, reflexión e intercambio. La ruta metodológica seguida para su elaboración se puede resumir en los siguientes momentos:

- Revisión de los avances y contenidos de la política de 1985.
- Desarrollo de espacios para reconceptualizar y enmarcar la política: esta fue pensada sectorialmente para que sirviera como una plataforma hacia una política pública intersectorial.
- Intercambios con diferentes actores que podrían convertirse en aliados estratégicos para su implementación; entre ellos el Congreso de la República, representantes de la empresa privada y de los colegios profesionales.
- Realización de un mapeo de actores relacionados con el sector. Con este mapeo se realizó una convocatoria para consensuar la ruta crítica para la formulación de la política.
- Establecimiento de grupos de trabajo. Se realizaron encuentros periódicos para revisar avances y productos.
- Elaboración de la documentación de referencia de la política.
- Adaptación del documento para enmarcarlo en el Plan de Nación 2021.

Para la realización de la política se utilizó el enfoque de investigación acción y el matricial —considera niveles macro, meso y micro con sus potenciales relaciones y conexiones— que orientó los componentes planteados en la gestión de los RRHH.

*Dra. Rutilia Calderón. Vicerectoría académica de la Universidad*

### 1.1. Principales Debilidades de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud

Del análisis de ambas políticas se pueden observar una serie de debilidades que tienen que ver con la identificación de rutas críticas, instrumentos, estrategias y mecanismos que aseguren su apropiación, operativización e implementación. Las principales debilidades identificadas son:

- No se han logrado operativizar las líneas estratégicas propuestas. Este aspecto ha dificultado su socialización, implementación y apropiación por parte de los diferentes actores al interior y exterior de la SESAL. Esto se refleja tanto en la poca claridad que se tiene en cuanto a las competencias y aporte de cada actor al proceso, como en la irregularidad e insuficiencia



en aspectos clave para el mejoramiento del sector —especialmente lo relacionado con la gestión del RHS—.

- La implementación de las políticas tiene como premisa básica el apoyo de una Comisión /Consejo Nacional de Recursos Humanos para la Salud (CONARHUS) —conformada por los sectores y actores relacionados con RHS— que tendrá injerencia política y técnica que permita facilitar los procesos a través de la toma de decisiones oportuna y la orientación de los procesos. El accionar de esta instancia ha sido muy irregular y no ha logrado consolidarse y funcionar de forma efectiva tanto en su brazo político como técnico.
- Para facilitar y asegurar la implementación de las políticas se toma como base la necesidad de unificar las instancias de la SESAL relacionadas con la gestión del RHS. En la actualidad ambas instancias funcionan de forma independiente, y no se ha delimitado la responsabilidad y contribución que cada una debe asumir para lograr la implementación de la política y la consecución de las metas regionales. Esto es evidente en la poca inclusión y participación que ha tenido la subgerencia como actor clave en la gestión del RHS.
- La existencia de las dos políticas crea procesos confusos, especialmente si se considera que las acciones planificadas a partir del 2006 se orientan en coherencia con una ley que no ha sido aprobada. Adicionalmente la ley vigente no se ha operativizado y ha quedado invisibilizada como marco orientador de las acciones en la gestión del RHS.
- Actualmente, ambas políticas deben armonizarse con la visión y Plan de Nación que al regionalizar las inversiones y acciones plantea la necesidad de fortalecer la descentralización de los procesos.

Una debilidad concreta de la política de desarrollo del RHS /2006 es que no obstante se enmarca en el Plan Nacional 2021 —el cual contempla aspectos como la atención primaria en salud, la interculturalidad, la equidad en los servicios, el mejoramiento de la eficacia y eficiencia del sistema— en su contenido no deja explícita su importancia o los mecanismos que se desarrollan para su aplicación y concreción. Adicionalmente, al momento de socializarla, muchos de los elementos conceptuales en los que se enmarca han quedado invisibilizados al no poseer una propuesta para operativizarla.

## 2. Desarrollo de los Planes de Recursos Humanos y Coordinación con Sectores Clave de Gobierno

El Plan Estratégico de Desarrollo de Recurso Humanos 2006-2009<sup>35</sup> tomo como base referencial para su elaboración: (a) la propuesta de política para el desarrollo de los RHS —no obstante no haber sido aprobada desde el año de su creación—; (b) las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015; y (c) el Plan Decenal de Recursos Humanos de Centroamérica.

Este plan estratégico fue elaborado tomando como responsable para liderar su operativización al Departamento de RHS de la SESAL; instancia que era el referente para las acciones y procesos que se estaban desarrollando en el 2005, en coherencia con la elaboración del plan decenal de Centroamérica y de los diversos compromisos internacionales asumidos por Honduras en relación a la mejora de los sistemas de salud y, por tanto, el desarrollo de los RHS.

Este hecho determina que el plan estratégico sea planteado más como un instrumento orientador del quehacer del departamento, que como un instrumento orientador de la gestión de los RHS de la SESAL y del Sector Salud.

En otras palabras, el plan estratégico define las principales acciones que deben desarrollarse para responder a los desafíos de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud y está enfocado básicamente en orientar el quehacer del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la SESAL.

Como elementos clave de este plan estratégico de RHS podemos resaltar:

- Apuesta, como premisas básicas, por un lado a la transformación del Departamento de Desarrollo de los RHS en una Dirección General de RHS en Salud, la cual se encargaría de la operativización de las acciones propuestas en la política y en el plan estratégico. Por otro lado a la oficialización de la política nacional de RHS como instrumento orientador de las acciones en pro del RHS.
- Tiene un mayor peso y concreción en los aspectos relacionados con la formación, educación permanente y la gestión —enfocada a evaluación del desempeño e incentivos—. Esta característica puede tornarse en un riesgo al no dejar explícita la importancia y las estrategias para asegurar la gestión, distribución equitativa y la utilización del RHS —responsabilidad de la subgerencia de RH—.
- Establece la necesidad de un observatorio de RHS y una línea de base que permita establecer el tipo de personal necesario en el país y, por tan-

---

35. Ver anexo 3.

to, oriente los procesos de selección del RHS acorde al modelo de gestión y atención.

- Énfasis en el fortalecimiento de las instancias de la SESAL relacionadas con el RHS, tanto en aspectos relacionados con una cultura de diálogo para la solución de conflictos y negociación con organizaciones gremiales, como en el manejo de programas de incentivos.
- Establecimiento de convenios y acciones en pro de la formación y educación permanente del RHS.

## 2.1. El Proceso de Coordinación con Sectores y Actores Clave

El Plan Estratégico para el Desarrollo del RHS —al estar diseñado para el Departamento de RHS— establece como actores clave con los que coordinar para su implementación, aquellos relacionados con la formación y educación permanente en el Área de Salud, la operativización y orientación de los procesos de gestión de los RHS y, finalmente, los mecanismos intersectoriales que permitan su operativización y puedan orientar aspectos políticos y operativos.

En este apartado analizaremos a los principales actores —directamente relacionados al plan—, el tipo de relación o el aporte que se espera brinde a la implementación del plan estratégico, el estado actual de la coordinación y las opciones u oportunidades que se identifican como elementos que facilitan coordinar acciones.

### *A lo externo de la SESAL*

<b>Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)</b>	<b>A través de la Vice-rectoría Académica, las autoridades y equipos técnicos de las facultades relacionadas con la temática del Sector Salud.</b>
Tipo de relación	Con esta institución se realizan procesos de negociación y coordinación generalmente plasmados en Convenios en cuanto a: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Establecimiento de lineamientos y reglamentos que regulen las prácticas supervisadas y el servicio social de los estudiantes de las carreras en Ciencias de la Salud.</li> <li>■ Establecimiento de lineamientos y reglamentos que permitan la homologación de personal graduado en el extranjero a través del Consejo de Educación Superior que preside la UNAH.</li> <li>■ Identificar posibles carreras profesionales o técnicas que puedan brindarse según necesidades de país en el Sector Salud.</li> <li>■ Incidir para establecer, dentro de la formación del RHS, elementos clave como el enfoque de APS, salud familiar, carreras técnicas, etc.</li> <li>■ Coordinación en aspectos relacionados a postgrados y pregrados coherentes y actualizados acordes a las características de país y las tendencias regionales.</li> </ul>
<i>Continúa en la siguiente página...</i>	

<b>Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)</b>	<b>A través de la Vice-rectoría Académica, las autoridades y equipos técnicos de las facultades relacionadas con la temática del Sector Salud.</b>
<b>Estado actual</b>	<p>La coordinación entre ambas instancias se basa en una relación ganar-ganar, donde la SESAL mejora su cobertura y capacidad de atención —a través del servicio social de diverso personal de salud—, y la UNAH obtiene espacios prácticos de aprendizaje y perfeccionamiento para sus estudiantes.</p> <p>Estas acciones de coordinación del servicio médico social son reguladas por un reglamento tripartito entre el Colegio Médico de Honduras, la SESAL y la UNAH. Este reglamento funciona basado en características de eficiencia y transparencia.</p> <p>Se coordinan acciones para el desarrollo de las prácticas supervisadas y servicio social de los estudiantes de las facultades médicas y relacionadas con la salud. La SESAL otorga becas para apoyar en su preparación y la UNAH aporta RHS en formación para apoyar la atención en el Sistema de Salud.</p> <p>La UNAH ha realizado un aporte histórico al proporcionar más del 40% de la atención ambulatoria en aquellos lugares donde están asignados los estudiantes de áreas de salud.</p> <p>Existe un convenio docente-asistencial entre la UNAH y la SESAL, pero que no está reglamentado y, por tanto, no ha logrado aplicarse.</p>
<b>Oportunidades de coordinación</b>	<p>La UNAH, a través de su nueva Ley Orgánica /2005, está desarrollando un proceso de reforma académica, administrativa, legal, política y laboral. Para desarrollarla se sigue un proceso que combina elementos de autoevaluación y evaluación externa de la calidad, para establecer una base que permita posteriormente desarrollar un plan de mejora y acreditación de las carreras y sus currículos —esto para asegurar responder tanto a las necesidades y características del país como a los requerimientos académicos y técnicos planteados a nivel regional e internacional.</p> <p>En este sentido, un elemento que promueve la reforma es la inclusión de ejes básicos que consideran los objetivos y metas del milenio, la estrategia de reducción de la pobreza, temáticas de violencia, vulnerabilidad, riesgo, ética, bioética, calidad y condiciones de vida. Estos elementos son coherentes con el enfoque de transformar la educación médica en educación en ciencias de la salud.</p> <p>Este proceso facilita y brinda una oportunidad coyuntural para poder incidir desde la SESAL en los aspectos académicos y técnicos que repercuten en el currículo y la educación permanente del futuro RHS. Adicionalmente, la UNAH es el ente estatal rector del nivel de educación superior en el país.</p>

<b>CONARHUS</b>	<b>Conformada con representantes de alto mando y técnicos relacionados con la temática de RHS. Miembros Colegio Médico, UNAH, SEFIN, SETCO, Facultad de Medicina, Secretaría de Educación, Servicio Civil.</b>
<b>Tipo de relación</b>	<p>Instancia que posee un brazo político —toma de decisiones y establecimiento de orientaciones estratégicas— y un brazo técnico —asegurar el seguimiento a las decisiones y la operativización de la Política y el Plan Estratégico—.</p>
<b>Estado actual</b>	<p>El Consejo según ley, sigue vigente pero actualmente no está siendo funcional.</p>
<b>Oportunidades de coordinación</b>	<p>Según la Política Nacional, la CONARHUS tiene influencia tanto técnica como política para la toma de decisiones en cuanto a la gestión y desarrollo de los RHS.</p> <p>Este nivel de influencia y el hecho de que en el consejo existan representantes de alta dirección de las instancias relacionadas con los FHS facilitarán la toma de decisiones estratégicas y que oriente procesos a nivel nacional.</p>

## A lo interno de la SESAL

Sub-Gerencia de Recursos Humanos	
Tipo de relación	<p>Instancia de la SESAL responsable de los procesos de manejo y administración del RHS. Se encargan de procesos de contratación, asignación y rotación del personal de salud. Responsables del mejoramiento del ambiente de trabajo y de la resolución de conflictos con organizaciones gremiales.</p>
Estado actual	<p>La Sub-gerencia trabaja de forma independiente al Departamento de RH y no se ha incorporado directamente en los procesos de desarrollo de los RHS.</p> <p>No se posee claridad en la relación a la forma en que planifica la gestión de los RH y si la Política se ha operativizado o incorporado en su quehacer.</p> <p>En relación a los procesos de la Política y elaboración del Plan Estratégico de los RHS su rol ha sido mínimo.</p> <p>El enfoque de gestión del RH no se aprecia incorporado a su desempeño.</p>

Por las funciones que le corresponden al ser responsable del manejo del RHS —selección, contratación y administración— la subgerencia se relaciona con:

Secretaría de Finanzas / SEFIN	
Tipo de relación	Encargados de la asignación de presupuesto y el seguimiento a la utilización de los fondos tanto nacionales como externos.
Estado actual	<p>La SEFIN asesora en los procesos de formulación, ejecución y evaluación de los presupuestos asignados a la SESAL. Además son los encargados de gestionar los fondos necesarios para los cambios estructurales, en asignación de personal y/o para gastos administrativos y operativos propuestos por las autoridades de la SESAL, fuera de los ya presupuestados.</p> <p>Su relación es a través de la Unidad de Planteamiento y Evaluación de la Gestión/UPEG y las Direcciones Generales de Presupuesto, Inversión y Crédito Público —en aspectos técnicos— y entre los mandos superiores —Secretarios y Sub-secretarios de Estado, en el nivel político—.</p>
Oportunidades de coordinación	<p>La responsabilidad de SEFIN para asegurar fondos para el incremento en las plazas y fondos solicitadas por la SESAL será más fácil si se tuviera un plan —por lo menos tentativo— de las proyecciones que se tienen para mejorar la cobertura y la distribución del personal.</p> <p>Este elemento asegurará una gestión más efectiva y el correspondiente respaldo económico presupuestario para las mismas.</p>

Servicio Civil	
Tipo de relación	<p>Concebido como el sistema racional de administración de persona en el Servicio Público regulando las relaciones entre los servicios públicos y el Estado.</p> <p>Le corresponde el manejo sobre la clasificación de puestos y de los movimientos —por permuta, traslado o ascenso— del personal y debe asegurar el mantener los puestos de tal forma que se asegure un desarrollo efectivo de las funciones del Estado.</p> <p>Adicionalmente debe apoyar en procesos de manejo con los gremios.</p> <p>Según creación de puestos y las reclasificaciones o ascensos deben relacionarse con la SEFIN para establecer el acceso a recursos necesarios para cumplir con las obligaciones con empleados públicos.</p>
Estado actual	<p>Están en negociación con algunos gremios del personal de salud para establecer los procesos de reclasificación y por lo tanto su remuneración.</p> <p>Se ha estado trabajando en la elaboración de una línea base y caracterización sobre el RHS.</p>

### 3.2. Principales Dificultades en la Implementación del Plan Estratégico de Recursos Humanos para la Salud

En la actualidad se ha diversificado la formación del RHS pero se perdió el control por parte de la Secretaría de Salud; los perfiles de personal no han sido revisados desde los años ochenta, no se ha trabajado en la gestión y la administración de los recursos humanos —más bien, se han desligado de los mismos—, no se evalúa el desempeño, el proceso se ha politizado y la subgerencia de RHS enfatiza en aspectos normativos y administrativos.

*Tomado de: Evaluación del Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud 2006-2009*

En la actualidad las principales debilidades que se tienen para la implementación del plan se relacionan con:

- El Plan Estratégico de RHS se ha enfocado en el accionar del departamento de Desarrollo de RHS de la SESAL; por lo anterior, el mayor peso de las acciones propuestas en el plan se relacionan a aspectos de formación, educación permanente y algunos aspectos de gestión.  
Este aspecto promueve un mayor énfasis en los desafíos que se relacionan directamente con dicha instancia y deja por fuera la mayoría de las metas relacionadas con el quehacer de la subgerencia de RH.
- El plan estratégico estaba planteado para el período 2006-2009, por lo cual a partir del año en curso éste ha quedado fuera de cobertura.
- El plan estratégico en relación a su diseño tenía algunas debilidades relacionadas con: (a) no aborda la gestión de RHS de forma integral —no considera aspectos relacionados con la planificación y administración, lo cual condiciona que no se incorporen en el plan estrategias y acciones más vinculadas con la subgerencia—; (b) el plan no se elaboró considerando un enfoque sectorial y sistémico; (c) no reúne todos los criterios para ser considerado un instrumento estratégico que oriente los procesos y facilite su operativización; y (d) se apuesta a una instancia concreta para que lo operativice, sin considerar su capacidad de implementación y el alcance de sus competencias.
- Las premisas básicas en que se fundamenta el plan no han sido logradas, esto es el establecimiento de la Dirección General de RHS, el funcionamiento adecuado del CONARHUS y la aprobación de la nueva política. Adicionalmente se toma como implícito que con el cambio de departamento a dirección automáticamente se logran procesos de visión integral de la gestión de los RHS y se aseguran la operativización de la política y los planes, cuando en la práctica es necesario realizar procesos de

adecuación, integración y orientación que aseguren el asumir las nuevas competencias y retos.

- La estructura organizativa actual de la SESAL dificulta la posibilidad de entender la gestión de RHS como un elemento integral, planificado, sectorial y de inversión medular para lograr impactos positivos tanto en el Sistema de Salud como en la población y el país.
- Las acciones relacionadas con el mejoramiento y distribución de la cobertura —utilización del RHS— y que incluyen procesos de planificación de la gestión y la evaluación del desempeño, corresponden al accionar concreto de la subgerencia de RHS y no han sido considerados en el plan estratégico. Por este hecho, la coordinación e inclusión a los procesos, que se ha establecido con la misma, no ha sido continua.

Por falta de fuentes y procesos de información confiable e inmediata, no se puede analizar la situación y planificar adecuadamente la gestión y formación de los recursos humanos.

El reclutamiento del RHS es un aspecto técnico, pero la distribución y ubicación dependen de factores políticos y, en algunos casos, de demandas surgidas del nivel local.

*Tomado de: Evaluación del desarrollo de los recursos humanos en salud 2006-20*

Esta situación se refleja en que los procesos de selección, contratación y asignación de plazas no son establecidos necesariamente por las necesidades concretas del país, sino más bien por necesidades y solicitudes ya sean locales o políticas. Sumado a lo anterior, para instancias como SEFIN los criterios y proyecciones para la apertura y asignación de nuevas plazas no están claras.

- Según lo proyectado en el plan estratégico, se han logrado establecer diversos convenios y acuerdos con instancias formadoras. No obstante, no todas estas coordinaciones han logrado reglamentarse, operativizarse y, por tanto, implementarse.
- Se han logrado diversos avances en los procesos de formación y educación permanente pero, en la práctica, no necesariamente se ha alcanzado establecer un trabajo enfocado en la renovación de la APS. Complementariamente, existen contradicciones entre el tipo y cantidad de RHS que se está formando y la demanda o necesidad profesional existente en el país.

En la actualidad, los procesos de inversión en formación y actualización del RHS están considerados dentro del rubro presupuestario que depende de fondos obtenidos de créditos externos, y no como un elemento directamente responsabi-

alidad del Estado y de sus propios fondos. Este aspecto hace que la inversión en estos aspectos sea irregular y más enfocada al pago de becas para la formación de personal de salud —servicio social y práctica profesional— que para fortalecer y actualización del personal existente.

### 3.3. Los Avances en el Plan Estratégico

El Plan Estratégico de Desarrollo del RHS fue elaborado considerando como referente las necesidades identificadas en la última década en cuanto al desarrollo y la gestión de los RHS en Honduras. Esta problemática no es diferente a la identificada en otros países de Centroamérica y, por tanto, se toma como punto de llegada lo contemplado en los desafíos planteados en las metas regionales para el fortalecimiento del RHS.

Desde el 2006, existe un desequilibrio en la composición de la fuerza laboral crítica de salud, combinada con desempleo y la emigración del personal formado; especialmente porque no hay planes ni capacidad en el sistema para absorberla.

Adicionalmente, el personal formado no es adecuado para las necesidades de los servicios y existe un exceso de oferta en las entidades formadoras en el nivel auxiliar y técnicos medios en salud y una diversidad en cuanto a la calidad del profesional formado.

*Tomado de: Evaluación del desarrollo de los recursos humanos en salud 2006-2009.*

Las acciones desarrolladas en coherencia con dicho plan han sido implementadas principalmente por el Departamento de Desarrollo del RHS de la SESAL; esto considerando que sus dos premisas básicas no han logrado concretarse —esto es el establecimiento de la dirección general de RHS y la aprobación de la nueva política nacional de RHS—. Adicionalmente, la estructura organizativa de la SESAL se sigue manteniendo y, por tanto, las instancias relacionadas con el RHS siguen trabajando de forma independiente<sup>36</sup>.

No obstante estos elementos, en los últimos tres años se ha logrado avanzar en los aspectos siguientes, considerando los desafíos y metas regionales:

36. En el caso de la Subgerencia de RH ésta se enfoca básicamente en proceso de selección, contratación y administración del personal. Sus acciones no están orientadas al logro de los desafíos establecidos en las metas regionales.



## DESAFÍO 1: DEFINIR POLÍTICAS Y PLANES DE LARGO PLAZO

Metas	Avances Principales
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Alcanzar una razón de densidad de recursos humanos de 25 por 10.000 habitantes.</li> <li>■ La proporción de médicos de atención primaria excederá el 40% de la fuerza laboral médica total.</li> <li>■ Todos los países habrán formado equipos de Atención Primaria de Salud con una amplia gama de competencias, que incluya agentes comunitarios de salud, extensión a los grupos vulnerables y movilización de redes de la comunidad.</li> <li>■ La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países.</li> <li>■ Todos los países habrán establecido una unidad de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se ha revisado y actualizado la política de RHS. Pendiente de aprobación.</li> <li>■ El Consejo Nacional de Recursos Humanos para la Salud de Honduras / CONARHUS está vigente y puede ser aprovechada para apoyar procesos de gestión del RHS.</li> </ul> <p>En 2008 el estudio del POSAP<sup>a</sup> revela que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La mayoría del recurso humano crítico<sup>b</sup> (64,87%) son auxiliares de enfermería distribuidas en toda la red de servicios de la Secretaría de Salud; el 12,24% son enfermeras profesionales, 22,9% son profesionales de la medicina.</li> <li>■ Los médicos generales representan el 11,77% y 11,13%, los especialistas. La razón nacional entre estos tipos de médicos es de 1:2, pero en lugares fronterizos está entre 1:5 a 1:7.</li> <li>■ La razón médico enfermera profesional es de 1:2, el déficit es de 46,5% para lograr una razón 1:1 en ambos recursos.</li> <li>■ La razón de densidad de los RHS —según datos de la SESAL— en el 2008 se reflejaba en 3 médicos, 2 enfermeras profesionales, 3 odontólogos y 8 enfermeras auxiliares por 10.000 habitantes<sup>c</sup> en el nivel nacional.</li> </ul>

Notas:

<sup>a</sup> Postgrado de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH 2008. Análisis de Situación de los Recursos Humanos para la Salud, Honduras.

<sup>b</sup> El total de empleados en el 2008 correspondía a 17.699.

<sup>c</sup> No obstante, esta razón de densidad cambia en los centros más poblados; de tal forma que se refleja en 23,78 médicos por 10,000 habitantes en el Departamento de Francisco Morazán —Distrito Central y al que pertenece Tegucigalpa—.

## DESAFÍO 2: UBICAR A LAS PERSONAS ADECUADAS EN LOS LUGARES ADECUADOS

Metas	Avances Principales
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La brecha de la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015.</li> <li>■ Al menos el 70% de los trabajadores de Atención Primaria de Salud tendrá competencias de Salud Pública e interculturales comprobables.</li> <li>■ El 70% de enfermeras, auxiliares de enfermería y técnicos en salud habrán perfeccionado sus capacidades y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.</li> <li>■ El 30% del personal de salud en los servicios de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se ha intentado disminuir la brecha de la distribución del RHS a través del aprovechamiento de RHS en educación permanente y del voluntariado. En este sentido, se ha logrado una distribución apropiada de personal de salud durante el servicio social concertando entre las regiones de salud, hospitales y las entidades formadoras, para favorecer los servicios de las áreas rurales.</li> <li>■ Se han desarrollado cursos de enfermería interculturales en la Mosquita (participantes Pech, Tawakas, Ladinos, Garífunas y Misquitos), cursos para las etnias lenca y tolupan, como para la etnia Creole en las Islas de la Bahía<sup>a</sup>.</li> </ul>

Nota:

<sup>a</sup> Documentos del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos.

### DESAFÍO 3: CONSERVAR EL PERSONAL SANITARIO Y EVITAR CARENCIAS EN SU DOTACIÓN

Metas	Avances Principales
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Todos los países habrán adoptado un código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud.</li> <li>■ Todos los países tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de recursos humanos para la salud.</li> <li>■ Todas las subregiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La Dirección de Educación Superior de la UNAH tiene mecanismos para acreditar oficialmente los títulos universitarios graduados en el extranjero. La UNAH participa del Sistema de Armonización Académica del CSUCA.</li> <li>■ El Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud ha incluido en el "Reglamento Interno para Estudiantes de los Centros Formadores de Recursos Humanos en Servicio Social" de los diferentes programas de formación de la Secretaría de Salud, la certificación de auxiliares en Enfermería y técnicos medios en salud, mediante el proceso de homologación curricular<sup>a</sup>.</li> </ul>

Nota:

<sup>a</sup> Documento que ya ha sido revisado y validado por el Departamento Legal de la Secretaría de Salud y está en espera de aprobación por la Oficina del Secretario. Información de documento Secretaría de Estado en el Despacho de Salud. Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, 2009. Evaluación del desarrollo de los RHS en salud. 2006-2009. Tegucigalpa.

### DESAFÍO 4: GENERAR AMBIENTES DE TRABAJO SALUDABLES Y FOMENTAR EL COMPROMISO DE LA FUERZA DE TRABAJO

Metas	Avances Principales
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La proporción de empleo precario sin protección para los trabajadores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.</li> <li>■ El 80% de los países contará con una política de salud y seguridad para los trabajadores de salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo.</li> <li>■ Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la Salud Pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético.</li> <li>■ Todos los países contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.</li> </ul>	<p>Vigentes según ley:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Concursos para plaza bajo el régimen de Oposición por Antecedentes para Médicos y Profesionales de Enfermería.</li> <li>■ Servicios médicos y odontológicos por medio del Instituto Hondureño de Seguridad Social (sólo en las ciudades mayores) con aporte financiero del Estado y del trabajador.</li> <li>■ Régimen de Jubilaciones y Pensiones (retiro obligatorio a los 65 años y optativo a los 58), con un sistema de aportaciones deducibles del salario, derecho a préstamos personales y para compra de vivienda.</li> <li>■ Los profesionales de Enfermería, médicos, odontólogos, trabajadores sociales se rigen por su propio estatuto, con beneficios diferentes en cada caso.</li> <li>■ Aumentos de salario quinquenales de acuerdo a antigüedad.</li> <li>■ Plus administrativo en determinados cargos.</li> <li>■ 14 salarios anuales y pago de vacaciones proporcional de acuerdo al número de días que corresponden. Vacaciones: # de días de acuerdo a la antigüedad en el cargo; vacaciones profilácticas.</li> </ul>

Nota:

<sup>a</sup> Documento que ya ha sido revisado y validado por el Departamento Legal de la Secretaría de Salud y está en espera de aprobación por la Oficina del Secretario. Información de documento Secretaría de Estado en el Despacho de Salud. Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, 2009. Evaluación del desarrollo de los RHS en salud. 2006-2009. Tegucigalpa.

## DESAFÍO 5: CREAR MECANISMOS DE COOPERACIÓN ENTRE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y DE SERVICIOS DE SALUD

Metas	Avances Principales
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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.</li> <li>■ El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.</li> <li>■ Las tasas de abandono de las escuelas de Medicina y Enfermería no pasarán del 20%.</li> <li>■ El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de Salud Pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se han establecido los siguientes convenios /no necesariamente reglamentados y operativizados:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Convenio institucional entre las Secretarías de Estado en Educación y Salud para la inclusión de contenidos de salud en los currículos de educación primaria y media.</li> <li>▶ Convenio de cooperación entre la SESAL y la UNAH para la formación de médicos en salud familiar</li> <li>▶ Convenio marco de integración docente asistencial entre la SESAL y la UNAH para la formación de estudiantes de pregrado y postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.</li> <li>▶ Convenio entre la UNAH y la SESAL para el desarrollo y permanencia del Postgrado en Epidemiología.</li> </ul> </li> <li>■ En 2007 la Facultad de Ciencias Médicas ha incluido en la carrera de medicina la atención primaria en su enfoque renovado. Enfermería profesional también la tienen incorporada en su currículo.</li> <li>■ La UNAH creó en el 2008 la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud en su Centro Regional en el Valle de Sula, que tiene como eje curricular transversal la APS y la promoción de la salud.</li> </ul>

## 4. Análisis Final

### 4.1. Conclusiones

- Una prioridad, en la actualidad, es promover y apropiarse de la idea de la importancia de invertir en los RHS para fortalecer los procesos y servicios en el Sector Salud; y por tanto, es necesario favorecer la aplicación de los aspectos y temáticas consideradas prioritarias tanto en el Plan Nacional de Salud 2021, como en los convenios internacionales e instrumentos de operativización de los mismos —el Llamado a la Acción de Toronto y el Plan Decenal de Recursos Humanos—.

La colocación del tema de la gestión de los RHS en la agenda de las autoridades políticas es un factor de éxito para asegurar logros significativos en relación a esta temática; de lo contrario los procesos no tendrán continuidad ni consolidación.

- La política nacional de recursos humanos como instrumento de regulación y orientación de las acciones para asegurar el desarrollo de los recursos humanos —acorde a las necesidades del país y a las responsabilidades que les corresponde cumplir—; no ha logrado su apropiación, socialización y operativización.

Estos aspectos dificultan, por un lado, el desarrollo de procesos de gestión de los RHS eficientes y eficaces que se reflejen en la mejora de los indicadores y situación —tanto del sector como de las condiciones— de salud en Honduras. Por otro lado, la SESAL —como instancia referente en cuanto al desarrollo del RHS del Sector Salud— no ha logrado generar y establecer a su interior procesos integrales y consensuados que faciliten la implementación de dicha política y que, por lo tanto, lo posicionen como líder en la temática.

Como resultado de lo anterior, no se ha logrado avanzar en la consecución integral de los desafíos establecidos a nivel regional como metas en el desarrollo del RHS, lo anterior se refleja en: (a) existe hasta la fecha un mayor énfasis en la parte de formación y educación permanente —cuyos avances son relativos y han respondido más al aprovechamiento de oportunidades coyunturales que a una planificación—; adicionalmente todavía existen aspectos clave que es necesario abordar para asegurar la calidad y cantidad de personal en salud formado adecuadamente; y (b) se han desatendiendo los elementos relacionados con la distribución del RHS, la gestión planificada y monitoreada de su quehacer, la mejora en las condiciones de los trabajadores en salud y la mejora en los servicios que se brindan.

- El Plan Estratégico de Desarrollo de RHS de la SESAL se ha concebido como un instrumento de orientación específico para una de las instancias relacionadas con la temática —el Departamento de Desarrollo de los RHS—. Esto deriva en el entendimiento y abordaje de la gestión de los RHS de forma no integral, en la que el mayor énfasis se relaciona con las acciones que son prioridad de dicho departamento —formación, educación permanente—.

En consecuencia, no se ha logrado (a) tener un diseño adecuado de los procesos de gestión de RHS que se desarrollaran en la SESAL —enmarcados en el Plan Nacional de Salud y convenios internacionales—; (b) desarrollar un plan integral que considere ambas instancias de RHS y, por tanto, las competencias que a cada una corresponden y que de forma complementaria conforman la gestión de los RHS; (c) incorporar a la subgerencia de RHS como un actor clave en la consecución de las metas regionales y en la mejora de las situación del RHS y consecuentemente con la condición de salud; y (d) definir una estrategia de abordaje con enfoque sectorial y sistémico.

## 4.2. Desafíos

Considerando lo anterior, se pueden identificar como desafíos claves para la implementación de la política y el plan estratégico de RHS:

- Es necesario definir una ruta crítica que permita consensuar y orientar las acciones en relación a la aplicación e implementación de la política nacional de recursos humanos; esta ruta debería considerar como elementos claves o prioritarios:
  - ▶ Realizar una armonización de la política tanto con el plan de nación 2010-2038 —como Ley de la República que regula el accionar de los próximos años— como con el Plan Nacional en Salud 2021; esto para asegurar la vigencia y coherencia de las líneas estratégicas planteadas, adecuar sus estrategias y mecanismos a los requerimientos e implicaciones derivados de los planes y para facilitar su posterior operativización —aprovechando y adecuándose a los mecanismos establecidos en dichos planes de nación—.
  - ▶ Asegurar su armonización con los diferentes convenios internacionales establecidos en materia del desarrollo y gestión de los RHS —especialmente el Llamado de Toronto y las metas regionales de desarrollo de los RHS<sup>37</sup>—.
  - ▶ Asegurar un proceso de consenso en relación a la política nacional —sus alcances, vigencia y puesta en marcha—.
  - ▶ Asegurar la incorporación y toma de responsabilidades de las instancias y actores relacionados con el RHS. Esto para asegurar la generación de procesos integrales, y por tanto la consecución de avances en relación a las metas regionales y los indicadores establecidos.
  - ▶ Identificar estrategias, mecanismos, actores y acciones clave que aseguren la operativización e implementación de las líneas estratégicas propuestas en la política consensuada. Esto debe realizarse de forma integral, coordinada y complementaria entre los actores e instancias relacionadas con la misma —tanto al interior como el exterior de la SESAL—.
  - ▶ Asegurar acciones y mecanismos efectivos para la socialización, operativización e implementación, monitoría y evaluación —continua, coherente e inclusiva— de la política.

---

37. Un aspecto básico en este sentido es asegurar acciones que respondan a la totalidad de los desafíos y metas planteadas. Adicionalmente es medular asegurar acciones en pro de la Atención Primaria en Salud APS.

- El desarrollo y fortalecimiento de las instancias y figuras en las que descansa la implementación de la política de RHS. Esto es la CONARHUS a nivel intersectorial, y el departamento de desarrollo y la subgerencia de RHS al interior de la SESAL. Es necesario reflexionar sobre el potencial de unificar ambas instancias para facilitar una visión más integral de la gestión de los RHS<sup>38</sup>.
- Es necesario elaborar el Plan Estratégico para el Desarrollo y Gestión de los RHS que orientará las acciones a partir del 2010. Para aprovechar esta oportunidad coyuntural se debe asegurar que, en el nuevo planteamiento, se superen las debilidades de diseño y gestión que el anterior plan poseía.

Consecuentemente, el plan debe elaborarse con la articulación de los diversos actores, debe ser inclusiva —en cuanto a competencias y responsabilidades— de las diversas instancias relacionadas con el RHS, debe estar armonizada con la política consensuada y debe establecer claramente mecanismos de operativización y sostenibilidad de las acciones. En este sentido, es necesario definir cuál es la instancia más competente —por normativa y capacidades— para su implementación.

#### 4.3. Recomendaciones

- Consensuar en relación a la política que orientará el proceso de desarrollo del RHS y posteriormente establecer una ruta crítica que asegure (a) su armonización con los documentos de nación que orientan el proceso de mejora en el Sistema de Salud; y (b) la operativización e implementación de la misma —a través de la identificación de reglamentaciones, mecanismos y acciones clave para lograrlo—, así como diseñar y poner a funcionar un subsistema de planificación operativa, monitoria y evaluación de dicha política.

Adicionalmente, es necesario asegurar procesos de socialización que faciliten el compromiso y apropiación de diferentes sectores y actores, tanto de los alcances esperados por la política como de las implicaciones que ésta tiene para sus instancias y/o RHS.

- Desarrollar y fortalecer el CONARHUS, que al ser el espacio de concertación de las diversas instancias y actores relacionados con la gestión del RHS, tiene un potencial de influencia y decisión tanto técnica como

38. Sin dejar la posibilidad de desarrollar procesos que fortalezcan su quehacer y aseguren un cambio de actitud y competencias acordes a sus nuevos retos —no se quiere cambiar la figura y conservar las funciones y la visión que los rige en la actualidad—.

política. No obstante, es necesario asegurar no sólo su conformación sino también su funcionamiento y respuesta oportuna a los procesos que se desarrollen tanto en relación a la política como a los planes estratégicos de RHS.

- Es necesario reflexionar y posteriormente plantear acciones viables y efectivas para fortalecer la estructura organizativa y el estilo de gestión de los RHS realizado por la SESAL. Esto para asegurar el desarrollo y abordaje de las acciones de forma integral, planificada y sectorial, lo cual facilitará la inversión y el desarrollo de procesos para lograr impactos positivos tanto en el Sistema de Salud como en la población y el país.
- Asegurar la elaboración del Plan Estratégico para la Gestión y el Desarrollo de los RHS con la participación de la subgerencia de RHS y el Departamento de Desarrollo de RHS como instancias relacionadas con los aspectos de interés tanto en el plan decenal como en las metas regionales para el RHS. En el diseño del plan debe asegurarse su posterior gestión y operativización.
- Debe concebirse la política y el plan estratégico de RHS como instrumentos que tendrán una influencia en otras instancias del Sector Salud. Por esta razón es necesario, por un lado, capitalizar las experiencias, avances y aprendizajes que estas han tenido en cuanto a la temática y, por otro lado, asegurar los planteamientos que enriquecen sus procesos y potencian su crecimiento y desarrollo.
- Promover y posicionar en los niveles normativos y operativos de la Secretaría de Salud la importancia del desarrollo de los RHS, dando a conocer los lineamientos regionales, subregionales y nacionales dentro de la Década de los Recursos Humanos para la Salud.

*La implementación de una estrategia comunicacional que sustente y acompañe los procesos incide en la apropiación y compromiso logrado en los niveles decisores y técnicos.*

- Es necesario capitalizar los aprendizajes de acciones de formación no institucional e informal que se realizan para apoyar y promover la APS como enfoque básico de trabajo en el Sistema de Salud. Algunas de estas prácticas llenan requisitos en cuanto al enfoque por competencias, la utilización de metodologías de aprender haciendo y especialmente la aplicación y contextualización en instancias concretas de salud<sup>39</sup>.

---

39. Ver anexo 4. Experiencia IHSS en formación de APS a personal nacional.

- Activar y mantener en funcionamiento el Observatorio de RHS como elemento que generará información objetiva y válida para la toma de decisiones en cuanto a la gestión del RHS.
- Iniciar a la brevedad un proceso de documentación y sistematización adecuada de los procesos y experiencias nacionales en el campo de los RHS, esto genera una ganancia en el aprendizaje institucional y contribuye a la continuidad de los procesos.

## Bibliografía

Secretaría de Estado en el Despacho de Salud 2005. Plan Nacional de Salud 2021. Tegucigalpa.

Secretaría de Estado en el Despacho de Salud. Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos 2009. Evaluación del desarrollo de los recursos humanos para la salud de Honduras en el período 2006-2009. Tegucigalpa.

Postgrado de Salud Pública. Análisis de situación de los recursos humanos para la salud, Honduras 2008. Facultad de Ciencias Médicas, UNAH/OPS. Tegucigalpa.

Secretaría de Finanzas 2010. Desgloses presupuestarios de la Secretaría de Salud 2006 al 2010. Tegucigalpa.

Secretaría de Estado en el Despacho Salud. Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos 2006. Plan Estratégico de Desarrollo de Recursos Humanos 2006-2009. Tegucigalpa.

Secretaría de Estado en el Despacho Salud. Política de recursos humanos para la salud 1985. Tegucigalpa.

Secretaría de Estado en el Despacho de Salud 2006. Propuesta de Política Nacional de Desarrollo de recursos humanos para la salud. Tegucigalpa.



## 1. Marcos de Políticas para la Transformación del Sistema de Salud

### 1.1. Situación del Sector Salud

El Sistema de Salud de Paraguay se caracteriza por ser un sistema fragmentado, segmentado, que tiene baja coordinación entre sus componentes y con bajo nivel de regulación<sup>40</sup>.

Está compuesto por el sector público, liderado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS); la seguridad social, compuesta por las dependencias del Instituto de Previsión Social; dependencias de la Universidad Nacional de Asunción, la Policía Nacional, Fuerzas Armadas, el sector privado, integrado por sanatorios, ejercicio liberal de la profesión, sistema de medicina prepaga y cooperativas. Estos subsistemas interactúan para dar una respuesta a diferentes sectores de la población. La gestión entre los componentes del sistema sigue siendo débil y esto dificulta una articulación real dentro del sistema.

Uno de los problemas centrales del Sistema de Salud es la alta exclusión que genera. Los datos históricos hablan de un 38 a 40 % de exclusión social en salud.

Otro problema es el alto gasto de bolsillo de las personas para poder atender a su salud.

El modelo de atención está basado en un sistema asistencial hospitalario, de atención a la enfermedad, con poco desarrollo de la promoción y prevención.

Estrechamente ligado a lo anterior es el modelo de formación de profesionales de salud existente, fuertemente orientado a la formación de especialistas, al trabajo intramuros, con una oferta altamente concentrada en los hospitales.

En cuanto al modelo de gestión del Sistema de Salud del Paraguay al interior de las instituciones públicas es muy centralizado, burocrático, con escasa calidad del gasto, todavía muy vertical, tiene pendiente orientarse a una visión integral de un territorio o población, enfocada a resultados sanitarios concretos.

40. OPS&USAID, 2008. Perfil de los Sistemas de Salud-Paraguay.

## 1.2. Lo que Propone el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

El MSPBS en sus “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad”, plantea de entrada que la vida representa un valor ético supremo y que la salud es un bien inseparable de ella; y forma parte de un esfuerzo más amplio del gobierno que asumió en agosto del 2008, orientado a establecer un sistema de protección social, dentro del cual, se busca que el estado establezca las garantías necesarias para que la sociedad en su conjunto, las personas o grupo de personas, puedan ejercer sus derechos sociales de manera efectiva<sup>41</sup>.

En ese sentido, la política sanitaria refleja una fuerte voluntad política y nuevas ideas sobre el Sistema de Salud, recalcando con énfasis el papel del Estado como garante del derecho a la salud.

Así, el derecho a la salud, indisolublemente ligado al derecho a la vida, no se da solo por la existencia de servicios de salud, sino que también es resultado del acceso a un ambiente y a condiciones de vida que sean compatibles con la dignidad del ser humano.

Se sostiene la “política” en cuatro ejes fundamentales: garantizar el derecho a la salud es optar por la universalidad, para todos y todas, asegurando el acceso a los que sistemáticamente estuvieron excluidos; la integralidad, considerando a la persona como un todo indivisible, buscando responder a todos sus problemas de salud; la equidad como principio máximo de justicia social y la participación social activa con poder en la toma de decisiones y control de la gestión del estado como expresión de democracia y ciudadanía.

En la “Planificación Estratégica 2009-2013” del MSPBS están contenidas la Visión para el Sistema Nacional de Salud y la Misión del MSPBS<sup>42</sup>.

### *Visión*

Un Sistema Nacional de Salud coordinado, articulado y consolidado entre todos los sectores, con una agenda nacional de salud que aborda transectorialmente los determinantes sociales de la salud-enfermedad, a fin de promover la calidad de vida. Sustentado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud, con unidades de Salud de la Familia asentadas en territorios sociales bajo su responsabilidad sanitaria, que gestionan la agenda de salud local. Con capacidad resolutoria y articulada a las demás redes principales y complementarias de servicios de salud, garantizando el continuo de la atención, con acceso universal, gratuidad, equidad, no discriminación y la superación de la exclusión social. Con amplia participación

41. MSPBS 2009. Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad.

42. MSPBS, 2009. Planificación Estratégica 2009-2013.

comunitaria y social. Que cuenta con un plan de desarrollo y de capacitación del recurso humano, así como de un presupuesto orientado hacia el cumplimiento de esta visión.

### *Misión*

Un Ministerio de Salud líder del Sistema Nacional de Salud, que promueve desde un enfoque de derechos humanos, de territorios sociales y de determinantes sociales de la salud-enfermedad, un modelo de atención en salud orientado a garantizar el acceso universal, la gratuidad, la equidad, la participación social, la calidad y calidez de atención. Que promueve la calidad de vida con otros actores y sectores del desarrollo socioeconómico. Que organiza, coordina, articula e integra las redes de atención, de tal forma a favorecer la capacidad resolutive y que cuenta con equipos de trabajo promotores y respetuosos de la dignidad del ser humano.

Los Objetivos Estratégicos (OE) enunciados en el “plan estratégico” son en total cinco:

- Rectoría en salud
- Promoción de la equidad en calidad de vida y salud
- La instalación y fortalecimiento de las redes de atención
- Desarrollo institucional
- Participación y gestión social

Allí queda establecido (OE1 y OE3) que se debe impulsar, integrar, construir, articular y expandir las redes de atención principal, complementarias y de apoyo, en todo el país, a partir de la Atención Primaria en Salud como medio para articular el Sistema Nacional de Salud, bajo un nuevo modo de prestación de servicios enfocado a atender las necesidades de las personas en todas las etapas del ciclo vital. Entre las prioridades para el período 2009-2013 se incluyen: Organizar las redes principales: red de APS, policlínicas y hospitalizaciones, urgencias y organizar las redes complementarias: Red de Vigilancia e Información de la Salud, Asistencia Farmacológica, Red de Apoyo Diagnóstico, Red de Órtesis, Prótesis y Rehabilitación.

En este sentido cabe mencionar que el MSPBS desde agosto de 2008 ha hecho una sostenida e incremental inversión, para construir o remodelar la infraestructura, incorporar equipamiento, dotar de medicamentos e insumos y contratar personal de blanco para la APS, concretamente en las unidades de Salud Familiar (USF) que a la fecha de redacción de este documento suman 270 y facilitan el

acceso a 1.230.000 personas, lo cual representa el 21% de la población total del país.

También se establece (OE4) que se deben impulsar planes y programas de desarrollo institucional a fin de crear las condiciones para la transición de un modo de atención curativo a un modo de atención basado en la Estrategia de Atención Primaria y el respeto a los derechos humanos, fortaleciendo, capacitando y reorientando los equipos humanos en los diversos niveles de atención en salud. Entre las prioridades para el período 2009-2013 se incluyen: Plan para la elaboración de una Política de Recursos Humanos para la Salud (Ley de Carrera Sanitaria, protección social de los trabajadores de la salud, etc.); reorientación e integración de los servicios de salud, impulsar la rectoría del Instituto Nacional de Salud en la formación de recursos humanos para el desarrollo de una nueva institucionalidad acorde a las políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad.

Desde agosto de 2008 al momento actual, se observa que el MSPBS ha priorizado las siguientes áreas:

- Gratuidad de la atención, incluyendo suministro de medicamentos e insumos esenciales para pacientes ambulatorios y hospitalizados.
- Atención Primaria en Salud, donde se distingue nítidamente la instalación de las unidades de Salud Familiar (de ninguna en agosto de 2008 a 270 en abril de 2010).
- Redes integrales de servicios donde, además de haberse iniciado un proceso tendiente a la reorganización de la oferta, se ha invertido en modernización y mantenimiento de la infraestructura, adquisición de equipamiento de punta para diagnóstico y terapéutica, renovación de la flota de ambulancias, contratación de médicos, enfermeras y bioquímicos.
- Descentralización, que incluye transferencias a los consejos regionales y locales de salud a través de los fondos de equidad.
- Promoción de la salud con presencia constante en los medios masivos para las contingencias de IRAs, H1N1 y dengue, sin descuidar los temas que son permanentes y transversales.

### 1.3. Principales Desafíos para la Implementación de la Política

- Garantizar la provisión de recursos financieros necesarios para consolidar la gratuidad de la atención, el suministro de medicamentos esenciales y el aumento de las unidades de Salud Familiar para mejorar el acceso y disminuir la exclusión, en un país donde hay unanimidad en cuanto a las falencias del sistema sanitario, pero gran resistencia para asumir los costos de su fortalecimiento y expansión. Se calculó en su momento que

sería necesario duplicar el financiamiento (actualmente el presupuesto del MSPBS es de 381 millones de dólares americanos), durante el quinquenio 2008-2013, para alcanzar los resultados que pretende la nueva política de salud.

- Disponer de recursos humanos dotados de competencias acordes a los nuevos requerimientos, suficientes y adecuadamente distribuidos en relación a la demanda de atención, en un país con crónico déficit de personal de blanco, formado bajo el modelo curativo asistencial y sin incentivos para arraigarse en las zonas rurales.
- Desarrollar las redes integrales de servicios en toda su amplitud y complejidad, en un entorno organizacional más proclive a la fragmentación del trabajo (resultado de décadas de trabajar bajo la lógica de programas verticales inconexos)
- Profundizar la descentralización para que las comunidades puedan recibir con mayor efectividad y oportunidad la respuesta más adecuada a sus problemas y necesidades de salud.
- Modernizar la gestión en el nivel central y fortalecer, en las regiones sanitarias, los equipos de trabajo, de manera que se permita el logro de los resultados y no simplemente el formal cumplimiento de los procesos administrativos.
- Obtener un consenso amplio sobre el sistema de salud que necesita el país y el compromiso colectivo para poder alcanzarlo.
- Contar con un Sistema de Información en Salud no fragmentado, con elevados estándares de calidad que garanticen la fiabilidad de los datos para la toma de decisiones.
- Fortalecer la débil institucionalidad que proviene de condiciones previas a la actual administración sanitaria.

#### 1.4. Ámbitos de Participación y de Concertación en el Desarrollo de la Política del Sector Salud

Hay varios niveles de concertación. Existe un Consejo Nacional de Salud, establecido por la Ley del Sistema Nacional de Salud<sup>43</sup>, que tiene instancias de nivel nacional, departamental y distrital o municipal, e incluso, por debajo del distrito, los subconsejos que son de pequeñas comunidades.

Por otro lado, hay una instancia de articulación en términos de áreas estratégicas como es el Consejo de Salud Sexual y Reproductiva, o como es el Consejo

43. Ley 1032/96 "Que crea el Sistema Nacional de Salud".

de Niñez que incluye a las instancias de la sociedad civil y las instancias del gobierno.

Orientado hacia las redes de servicios de salud, hay un espacio de articulación en base a convenios, trabajos público-público, por ejemplo, la seguridad social y el ministerio, o público-privado como es el servicio de terapias, diálisis o trasplantes en el que el sistema público compra servicios del sector privado.

También se acompañan instancias de participación del gobierno, como son las jornadas de gobierno departamentales con los demás ministros y el propio Presidente de la República, así como mesas de trabajo, como en el caso de recursos humanos que hay Mesa de Gestión de Trabajo de Enfermería, con trabajadores de la salud.

El Gabinete Social de la Presidencia de la República se puede considerar una instancia de concertación desde el sistema público para las acciones conjuntas y coordinadas de las distintas carteras ministeriales<sup>44</sup>.

## 2. Marco de Políticas de Recursos Humanos

### 2.1. Situación Actual

La situación de los recursos humanos para la salud en el Paraguay se caracteriza por varios aspectos históricamente desatendidos y postergados en las políticas del sector que han dado como resultado:

- Inadecuada distribución, disponibilidad y composición de la fuerza de trabajo.
- Deterioro de las condiciones de trabajo.
- Partidización de los cargos públicos y clientelismo político.
- Procesos de formación y educación inadecuados a las necesidades de salud y al desarrollo del trabajo en los servicios de salud.
- Ausencia de la investigación médica y sanitaria.
- Débil regulación y control del ejercicio de las profesiones.

Uno de los objetivos del “plan estratégico” es la definición e implementación de una Política Nacional de Recursos Humanos en el Sector Salud que permita el desarrollo de estrategias y acciones a corto, mediano y largo plazo; una política que defina las necesidades de número, distribución, adecuación, capacitación,

---

44. Gabinete Social de la Presidencia de la República s.f. Paraguay para Todos y Todas. Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020.

competencias, incentivos y regulación de la fuerza de trabajo, sobretodo en el sistema público el cual representa casi el 80% de la red de servicios del país.

También se ha determinado que junto a la necesidad de planificación y regulación en salud es necesario también reagrupar a una masa crítica de profesionales de diferentes sectores y capacitarlos con las nuevas ideas sobre el campo de recursos humanos para la conducción del proceso así como para la integración y mejora de los sistemas de registro e información. Para el avance del proceso a nivel nacional y local es necesario también generar espacios de diálogo entre los diferentes sectores políticos, técnicos y sociales a fin de construir la viabilidad política de la propuesta, su gobernabilidad y gobernanza.

## 2.2. Líneas de Acción para el Desarrollo de la Política de Recursos Humanos del MSPBS<sup>45</sup>

**Creación de la Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos para la Salud (DNERHS), a fin de:**

- desarrollar una política de planificación estratégica de recursos humanos, considerando las distintas instancias que intervienen en la formación, gestión laboral, desarrollo y regulación.
- Organizar el área desde una visión integral que pueda servir de instancia de reflexión y asesoramiento en materia de elaboración y desarrollo de políticas nacionales de recursos humanos para la salud.
- Participar en la planificación y la implementación de las mismas, creando espacios de participación y análisis desde el ámbito de la formación, la gestión y la regulación, construyendo ambientes laborales saludables y colaborando al desarrollo pleno de los mismos.
- Instrumentar dichas políticas, coordinadamente con la Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en consonancia con un modelo sistémico, desconcentrado y estructurado en redes.
- Formar parte de las comisiones de elaboración presupuestaria en los temas relacionados a recursos humanos, proporcionando una visión global y estratégica en la conformación del mismo.

**Grado de avance:** cumplido en cuanto a la creación. Los demás puntos se encuentran en pleno desarrollo.

45. MSPBS. Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos para la Salud 2009. Política Nacional de Recursos Humanos para la Salud 2008-2013.

**Registro Nacional de Recursos Humanos**, con el objetivo de:

- Desarrollar una política que contemple la generación y gestión de información estratégica actualizada en relación al campo de los recursos humanos del Sector Salud.
- Elaborar una base de datos, depurada y actualizable, de los recursos humanos para la salud (RHS), que permita acceder a información, que sirva como línea de base para la planificación de acciones, que comprenda al sector público, a la seguridad social y al sector privado, en cada nivel de gestión: local, regional y nacional.

Esta base de datos formará parte de un sistema de información de acceso público de los recursos humanos, desarrollada bajo una perspectiva de integralidad con el resto del Sistema de Salud y con el de la Secretaría de la Función Pública.

**Grado de avance:** bajo, aún no se cuenta con una base de datos consolidada. Por otra parte, a fines de 2010 la Dirección General de Recursos Humanos dispondrá de un nuevo Sistema de Información, que compartirá plenamente con la DNERHS.

**Regulación de las profesiones en salud**, para:

- Impulsar una política de diálogo con el fin de crear espacios de concertación y de delimitación de competencias, armonizando criterios que permitan verificar permanentemente los niveles de calidad en las distintas profesiones en salud.

Esta instancia permitirá unificar las denominaciones de las profesiones en base a las competencias correspondientes.

- Adaptar las normas a los acuerdos y legislación regional y subregional tendientes a la homologación de las profesiones y el reconocimiento recíproco de títulos.
- Fomentar la adecuación de los contenidos curriculares al nuevo modelo de gestión y prestación de servicios, desarrollado en base a la estrategia de Atención Primaria de Salud renovada.
- Impulsar los procesos de certificación y su mantenimiento para todas las profesiones de salud, como un mecanismo para el control permanente de calidad, que garantice una prestación basada en la excelencia.

**Grado de avance:** incipiente.



### **Mesa de Gestión del Trabajo en Salud**, a fin de:

- Impulsar políticas de concertación y negociación en las relaciones laborales, basados en el respeto y dignidad del trabajador para el logro de la misión institucional disminuyendo los niveles de conflictividad, con el fin de garantizar la cobertura en salud.
- Conformar una Mesa Nacional de Gestión del Trabajo en Salud integrada paritariamente por los reguladores y gestores del sistema público, los trabajadores y la sociedad civil, para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades del Sistema Nacional de Salud.
- Articular acciones jurídicas y normativas que permitan la organización del sistema de servicios de salud de una manera progresiva, a través de:
  - ▶ Concursos para cargos de gerencia.
  - ▶ Consolidación de salarios e incentivos para lograr la dedicación exclusiva en un solo servicio, con inserción a nivel regional según necesidades de la población.
  - ▶ Establecer acciones que disminuyan nuestra calidad de país “expulsor” promoviendo incentivos que estimulen la permanencia en el país y disminuyendo el índice de migración.
  - ▶ Revisión y adecuación de la propuesta de Ley de la Carrera Sanitaria, a fin de incluir a todos los trabajadores del sector público.
  - ▶ Conformación de consejos de gestión por especialidades médicas, para establecer las condiciones propias de cada especialidad.

**Grado de avance:** cumplido en lo que respecta a la conformación de la Mesa. Los concursos que se han realizado corresponden a los equipos de Salud Familiar de la APS (hecho inédito en el MSPBS). Se ha conseguido mejorar la remuneración de los funcionarios a partir de la habilitación para tener hasta 3 contratos, siempre que no coincidan en el horario, pero sigue pendiente la consolidación salarial para prestar servicio en un solo establecimiento. Es destacable que para los equipos de Salud Familiar (ESF), el MSPBS ha conseguido remuneraciones superiores a las normalmente asignadas a los médicos y enfermeras de la institución, si bien ha creado disconformidad en dichos funcionarios. Estas remuneraciones son acordes a la mayor carga horaria que los ESF tienen. Existe el compromiso de nivelar los salarios, en la medida que se consigan las recategorizaciones con el Ministerio de Hacienda y el Congreso.

### **Observatorio de Recursos Humanos para la Salud (ORHS)**, para:

- Incentivar una política que favorezca la realización de investigaciones y trabajos en el área de recursos humanos a nivel nacional y facilitar su

difusión y socialización con el fin de generar evidencia sobre la situación y tendencias para la toma de decisiones.

- Crear el Observatorio de Recursos Humanos para la Salud como un espacio de articulación, producción y análisis de la información sectorial sobre la situación y tendencias de los recursos humanos del Sector Salud.
- El ORHS estará coordinado por el MSPBS y convocará a las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud, prestadoras de servicios de salud y gremios.
- Promoverá la investigación, produciendo y difundiendo información mediante el desarrollo de estudios y metodologías que orienten el análisis y la toma de decisiones políticas en materia de recursos humanos en el país.
- Favorecerá la articulación con otros observatorios a nivel subregional, regional y global con vistas a la conformación de redes de información y conocimiento.

**Grado de avance:** se ha creado el Observatorio y existen buenas expectativas por parte de los participantes.

**Fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud**, con el propósito de:

- Desarrollar una política de formación y educación permanente de los recursos humanos en el modelo de atención primaria en salud y el trabajo en redes integradas.
- Desarrollo de maestrías en el área de Salud Pública y Gestión de Servicios.
- Con el fin de proveer docentes y gerentes capacitados que puedan responder a las necesidades del Sistema de Salud y apoyar el desarrollo de la Atención Primaria en Salud.
- Consejo Nacional de Residencias Médicas.
- Promover la Ley que regule la estructura, organización y funcionamiento del Consejo Nacional de Residencias Médicas, que garantice su independencia política, técnica y financiera. Formación permanente.
- Definir y conducir una política de capacitación permanente de los trabajadores de salud para adecuarse a las nuevas políticas de salud, basadas en el Modelo de Atención Primaria en Salud y su aplicación en redes integradas.
- Desarrollo de la capacidad de utilización de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC). Desarrollar la capacidad del Instituto en liderar la

utilización de tecnologías informáticas para la realización de cursos de formación y procesos y programas de educación permanente.

**Grado de Avance:** en pleno desarrollo.

Además se tienen identificados los principales desafíos para lograr la dignificación de los trabajadores y del trabajo:

- Establecer equivalencia entre carga horaria y remuneración para alcanzar la dedicación exclusiva de los profesionales.
- Crear sistemas de gestión participativa —colegiados de gestión—.
- Concurso de capacidades técnicas para la dirección de servicios.
- Reorganizar los servicios estableciendo condiciones técnicas de trabajo.
- Organizar el sistema generando seguridad por estar trabajando en una red articulada de servicios.
- Proveer educación permanente y acceso a especializaciones para todos los trabajadores.
- Garantizar seguridad social para los trabajadores de salud (vía IPS).
- Combatir la partidización de los servicios y trabajar por el respeto y la valorización de los trabajadores.
- Controlar la calidad de la formación a través de la certificación de las escuelas de formación de salud.

### 2.3. Indicadores y Sistema de Monitoreo de los Resultados Esperados

Se dispone de una línea de base que se elaboró considerando las “Metas Regionales de los Recursos Humanos para la Salud (RHS) 2007-2015” y a partir de datos de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, de la base de datos de la Dirección General de RHS del MSPBS, de la Dirección de Registros de Profesiones del MSPBS, de la base de datos del Instituto de Previsión Social y del Registro Civil de las personas.

En el “plan estratégico” del MSPBS están consignadas metas y algunos indicadores de la política de RHS, es necesario mejorar su definición (cuenta con metas para los años 2009, 2010 y 2013) e incluir todos los indicadores de las 20 metas regionales que sean aplicables.

## 2.4. El Proceso de Participación en el Desarrollo de Políticas de Recursos Humanos

### *El itinerario formal para la formulación y la adopción del marco de política de recursos humanos dentro del aparato de gobierno*

En el Paraguay, la Secretaría de la Función Pública, con rango ministerial y dependencia directa de la Presidencia de la República<sup>46</sup>, es la instancia que define la política estatal de todo cuanto tiene relación con la gestión y el desarrollo de las personas que trabajan en el estado paraguayo a nivel nacional, estatal y local. Por tanto, la política de recursos humanos del MSPBS debe estar en armonía con la Política de RHS del Estado. Para ello la SFP y la Dirección General de Recursos Humanos (DGRH) del MSPBS trabajan en estrecha coordinación ya que la Ley de la Función Pública dispone que las unidades de RHS de las entidades públicas sean las unidades operativas de la SFP. En este contexto, la SFP ha aprobado el Reglamento Interno de Recursos Humanos del MSPBS, elaborado en la DGRH. Así mismo ha homologado la matriz para los concursos de personal para las unidades de Salud Familiar de la APS, con lo que se estandarizaron los procesos de selección del personal para APS. Últimamente, la DGRH ha solicitado a la SFP la homologación del proceso de evaluación de desempeño del personal de APS (siendo la primera institución pública el MSPBS en iniciar dicho trámite).

### *La estrategia y el proceso de consulta utilizados para la formulación de la política de recursos humanos*

En un primer momento, el Equipo de Salud de la Alianza Patriótica para el Cambio (APC) diseñó las “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad” con participación de técnicos sanitarios nacionales y extranjeros, representantes gremiales de médicos, enfermeras, odontólogos, bioquímicos, etc., integrantes del sector académico, del sector privado, de la seguridad social, economistas, miembros de algunas ONG, funcionarios del MSPBS y representantes del Equipo Político de la APC. En esta etapa ya se consignaron los lineamientos básicos de la política de RHS.

Posteriormente, para el desarrollo específico de la política de RHS se aplicó el mismo proceso, sobre la base establecida previamente. Con los actores ya mencionados se realizó un taller con asesores del Ecuador en el cual se vieron las 20 metas regionales de recursos humanos y cuál era la situación del Paraguay. Sobre esas metas se realizó un diagnóstico que se vinculó con las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, con el tema de universalidad,

46. Ley 1626/2000 de la Función Pública.

integralidad, equidad y participación ciudadana y las brechas que existen con relación a esas metas, y se trazaron las seis líneas de acción que ayudan a orientar las decisiones que deben tomarse en cuanto a recursos humanos.

Apenas establecida, la nueva administración del MSPBS crea la Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos para la Salud (DNERHS), que a partir de ese momento tiene a su cargo la continuación del desarrollo y posterior implementación de la política de recursos humanos. Para ello se trabajó hacia el interior del MSPBS con todas las direcciones generales, aunque con mayor énfasis con la de Atención Primaria en Salud, Servicios (actualmente de Servicios y Redes), Administración y Finanzas, Recursos Humanos (no confundir con la DNERHS), Planificación y Evaluación, Instituto Nacional de Salud y con el propio Gabinete de la Ministra y del Viceministro. La participación de los representantes de las Regiones Sanitarias aunque existió, se admite que debió ser más trabajada con este sector.

Hacia fuera del MSPBS hubo participación de la Secretaría de la Función Pública, Ministerio de Educación, universidades e institutos superiores nacionales y privados, Instituto de Previsión Social, Hospital de Clínicas (universitario), Sanidad Policial y Sanidad Militar. También con algunos representantes del sector privado. Por el sector gremial está registrada la participación del Círculo Paraguayo de Médicos, Federación Nacional de Trabajadores de la Salud, Asociación Paraguaya de Enfermería y varios sindicatos del MSPBS.

Por la Cooperación Internacional, el apoyo más sustantivo ha sido de OPS, tanto la representación local como de OPS-WDC.

En una etapa posterior, se constituyen las mesas de negociación de trabajo o mesas de diálogo que son espacios tanto para la negociación de conflictos, como también ámbitos válidos para discutir temas del área de RHS y plantear las posibles soluciones, siendo justamente resultado de estas mesas el Proyecto de Carrera Sanitaria con entrada en el Poder Legislativo.

Como resultado de este proceso, el grado de articulación entre la política de salud y la de RHS es elevado. Se evidencia dicha articulación en los hechos: APS es prioridad en la política de salud. El 65% de todos los nuevos contratados del MSPBS desde agosto de 2008 corresponden a los equipos de Salud Familiar. Las incorporaciones se han hecho por Concurso. Estos funcionarios reciben remuneraciones más elevadas que el promedio pues tienen cargas horarias extendidas para ampliar la cobertura.

### *La estrategia de comunicación de la política de recursos humanos*

Por el momento se circunscribe al Observatorio de Recursos Humanos para la Salud<sup>47</sup>. En ese Observatorio se llevaron a cabo varias medidas tendientes a iniciar discusiones sobre temas específicos, creándose grupos de discusión y hay moderadores que se encargan de orientar y de invitar a gente interesada en el tema a unirse a estos grupos de discusión.

También en este Observatorio se divulgaron todos los documentos y diagnósticos disponibles y se siguen introduciendo todos los documentos que hagan al tema de recursos humanos para la salud en el país.

La DNERHS está gestionando una línea de cooperación con la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), a fin de poder implementar una difusión de mayor amplitud de la política de RHS.

## 2.5. Desarrollo de los Planes de Recursos Humanos y Coordinación con Sectores Clave de Gobierno

### *Situación del desarrollo de los planes de recursos humanos para la salud*

Al momento de preparar este documento, no se dispone de un plan de recursos humanos formalmente estructurado. La DNERHS ha iniciado el proceso de elaboración del mismo a través del observatorio de recursos humanos y dentro de la cooperación con la AECID antes mencionada, también se contempla la asistencia técnica para la formulación del plan.

Ínterin se complete la formalización del plan de RHS, tanto la DGRH como la DNERHS trabajan coordinadamente en la ejecución de acciones específicas, debido a la necesidad de dar respuestas a los problemas de salud dentro del marco de prioridades establecidas por el Gobierno Nacional (donde APS tiene la categoría de “Programa Emblemático”), por las Políticas de Calidad de Vida y Salud con Equidad y su plan estratégico 2009-2013. Asimismo la DGRH y la DNERHS velan por que dichas acciones guarden pertinencia con la política de RHS.

Las acciones a las que se hace referencia son las mismas que se han mencionado anteriormente, relacionadas con los recursos humanos para la APS.

En el mismo sentido, aún sin el plan, el MSPBS ha definido una agenda de trabajo con la Secretaría de la Función Pública (ver más adelante, en la sección respectiva).

---

47. <http://www.observatorioparaguayorhus.ning.com>.

La DNERHS estima que se requiere un periodo de 4 a 6 meses para formular, discutir, validar y hacer aprobar el Plan.

### 3. El Proceso de Coordinación con Sectores Clave de Gobierno

#### 3.1. Secretaría de la Función Pública (equivalente al Ministerio de Trabajo)

Como se ha explicado anteriormente, aún no se tiene formulado el plan de recursos humanos, lo que no ha impedido un trabajo institucional y orgánico entre estas dos dependencias gubernamentales.

La agenda establecida entre el MSPBS y la SFP contempla entre otros, los siguientes temas:

- Procesos de selección, capacitación y formación, evaluación del desempeño, desvinculación del trabajo.
- Compensación y remuneración del trabajo.
- Inclusión de personas con discapacidad.
- Políticas de no discriminación.
- Readecuación de los sistemas existentes para solucionar la problemática relacionada con el multiempleo en salud (pago de salarios de varias instituciones a un mismo profesional de la salud que el Ministerio de Hacienda no permite actualmente).
- Redefinición de lo que significa ser personal de salud e identificación de los grupos ocupacionales que conforman el sector.
- Clima laboral.

La lógica de la SFP es que la administración pública tiene que estar orientada a brindar los servicios que se necesitan con todo lo que hace a la excelencia, y para eso el funcionariado público es un actor fundamental junto a una estructura funcional, adaptable, moderna e innovadora. El funcionario tiene que ser un profesional que sepa lo que tiene que hacer, con todas las competencias y habilidades exigidas para estar en un lugar, haciendo lo que tiene que hacer.

La SFP trabaja en el proceso de una nueva Ley de la Función Pública. Considera que en general tiene que haber un marco que posibilite una coordinación entre todas las carreras, pero que hay carreras específicas que tienen que ser establecidas, entre ellas la carrera sanitaria, pero tiene que estar vinculada con la función pública en general y con las otras carreras, pues la SFP tiene un objetivo

clave de políticas unificadas, con su diferenciación. Ésta puede existir pero en el marco de políticas unificadas.

La SFP está muy interesada en la carrera sanitaria vinculada con las carreras de la función pública. En ese sentido propicia una discusión general de modo de que no existan oposición ni conflictos, sino que sea un conjunto armónico, pues se desea evitar la continuación del modelo del Estado Paraguayo, de organizaciones en compartimientos estancos que finalmente se contraponen, y que fomenta la ineficiencia.

La relación con la SFP se da al máximo nivel institucional (Ministra de Salud y Ministra Secretaria de la Función Pública), a nivel de la alta gerencia y también a nivel operativo.

La coordinación entre ambas instituciones se hace al amparo de la Ley de la Función Pública, pero también mediante la suscripción de convenios entre las máximas autoridades institucionales. Además la SFP está en el proceso de consolidación de la Red de Calidad Humana, que une a todas las personas responsables de las áreas de recursos humanos del sector público, incluyendo por supuesto al MSPBS. La SFP también pone a disposición del MSPBS las consultorías internacionales de apoyo para el diseño de políticas de recursos humanos.

Esta relación se produce de manera regular y periódica.

Esta relación ha permitido una mayor articulación y conciliación de los intereses del MSPBS y de la FSP. Ha facilitado la búsqueda conjunta de soluciones integrales. Situaciones que anteriormente nunca fueron atendidas, empezaron a ser estudiadas en el espacio de trabajo común.

No ha sido un proceso sin dificultades, sobre todo por la ausencia de jurisprudencia que permitiera orientar las decisiones. Todo está por hacerse en el Paraguay en el camino hacia la profesionalización del funcionario público, muy manoseado durante mucho tiempo. Tampoco todos los actores se involucran con la misma intensidad. El Ministerio de Hacienda es el mejor ejemplo. Además la burocracia es excesiva, lenta y el marco legal no es adecuado para las peculiaridades del Sector Salud, pues no se compadece con las necesidades de la población en general ni con la insuficiente cantidad de profesionales de la salud. Pero la SFP estimula y asiste técnicamente en el proceso de formulación del Proyecto de Carrera Sanitaria.

Los factores que influyen positivamente son la voluntad política y compromiso de las máximas autoridades involucradas. Es de público conocimiento que ambas Ministras comparten una historia común de militancia gremial desde su paso como estudiantes de la Facultad de Medicina.



Sin embargo, la disminución de la burocracia y la mejor comunicación entre los niveles operativos de ambas instituciones es un aspecto a mejorar.

Se pueden mencionar varios casos de negociación con la SPF:

- Se están estudiando, con la SPF, las alternativas para el problema de los médicos y enfermeras que, por recibir más de un salario del Estado, cada año tienen el inconveniente que sus salarios quedan retenidos, pues el sistema informático del Ministerio de Hacienda está configurado para permitir los pagos múltiples exclusivamente a los que ejercen la docencia. La SPF está gestionando que la carga de datos se realice directamente a través de su sistema de legajo electrónico, a fin de dar una salida institucional a un problema que existe desde hace aproximadamente una década, y que anualmente genera irritación en los funcionarios y afecta la calidad de la atención en los establecimientos de salud.
- En forma exitosa, SPF, MSPBS y la Asociación Paraguaya de Enfermería han podido encontrar una salida institucional al problema de las enfermeras y enfermeros que trabajan en instituciones públicas con superposición entre sus horarios de salida y entrada.
- También la habilitación para que los profesionales de la salud puedan tener hasta 3 contratos, siempre que no sean en el mismo horario, es un avance obtenido con la colaboración de la SFP. Desde los años 90 estaba establecido que ningún funcionario o contratado podía ganar más que un viceministro (cuyo salario equivale a un mil cuatrocientos dólares americanos), medida de neto corte administrativo, en absoluto pertinente con el déficit de recursos humanos para la salud.

### 3.2. Ministerio de Hacienda (equivalente al Ministerio de Finanzas)

La coordinación con el Ministerio de Hacienda tiene dos espacios, uno formal y otro más informal. El espacio formal se da en el seno del Equipo Económico, donde se tratan temas y aspectos vinculados a la ejecución del presupuesto del año en curso, y la instancia más informal es la Comisión de Negociación del Presupuesto donde se tratan aspectos vinculados a la asignación de recursos para el presupuesto del año siguiente.

En lo referente a recursos humanos de salud, los temas que deben pasar por el Equipo Económico están vinculados a los nuevos nombramientos, igual que los aumentos salariales, cargos vacantes o aumentos salariales. En la Comisión de Negociación de Presupuesto los temas están vinculados a propuestas de aumento de presupuesto para los recursos humanos, como por ejemplo las definiciones

de niveles salariales, o las bonificaciones, lo cual se utiliza como una política salarial de compensación ante los bajos salarios del sector público.

Entre los aspectos que impiden un diálogo más fluido y generan tensiones están:

- La ausencia de una política de recursos humanos y una política salarial clara, que respondan a criterios innovadores de evaluación de desempeño, no tanto a reclamos y presiones de los sindicatos.
- La debilidad del sistema de información, que genera ausencia de información suficiente. Como los profesionales de la salud tienen la posibilidad de tener hasta 3 contratos, el sistema de información sólo permite saber el número de contratos y topea hasta el cuarto contrato, y no brinda información del número de horas que acumula un profesional; entonces no existe la posibilidad real de control, pudiéndose dar casos de que la sumatoria de contratos de un profesional equivalen a más de 24 horas por día, o inclusive contratos que no puedan cumplir por cuestiones de distancias, por ejemplo tienen un cargo en un hospital que queda a 300 kilómetros los lunes hasta las 5 de la tarde y una guardia en capital desde las 8 de la noche; entonces dado de que no se cargan las horas de los profesionales, esos casos no se podrían detectar.
- Requerimientos de recursos que exceden las posibilidades presupuestales, como por ejemplo la escasez de fondos para abonar los retiros voluntarios.

La agenda de trabajo debe incluir:

- Incorporación del criterio de desempeño en la lógica del incremento salarial, como parte de un esfuerzo por mejorar la eficiencia y eficacia en el uso de los recursos públicos.
- Optimización o readecuación de los recursos humanos existentes
- Adecuación de las normativas y posibilidades presupuestales para facilitar la dedicación a tiempo completo de los profesionales de blanco.

### 3.3. Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior (ANEAES)

La Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior fue creada por Ley 2072/03. Depende del Ministerio de Educación y Cultura, pero goza de autonomía técnica y académica para el cumplimiento de sus funciones, que entre otras son:

- Producir informes técnicos sobre proyectos académicos de habilitación de carreras e instituciones, a solicitud de la instancia competente de la educación superior.
- Servir de órgano consultivo en materia de evaluación y acreditación relativa a la educación superior.
- Servir como órgano consultivo a solicitud de instituciones u organismos interesados en materias relacionadas con la presente ley y en los términos de su competencia.
- Acreditar la calidad académica de las carreras y programas de postgrado que hubiesen sido objeto de evaluaciones externas por la misma Agencia.

No estando aún disponible el plan de RHS, no se puede identificar en forma directa una agenda temática de discusión. Pero en la política de RHS, en la Línea de Acción 3, Regulación de las Profesiones en Salud, se estipula: “Fomentar la adecuación de los contenidos curriculares al nuevo modelo de gestión y prestación de servicios, desarrollado en base a la estrategia de Atención Primaria de Salud renovada”.

Existe buena predisposición de parte de la Presidenta de ANEAES (que además es Profesora Titular de Medicina) para discutir con la DNERHS sobre el plan de RHS, cuando se inicie la formulación del mismo. Por el momento se ha limitado a manifestar que:

- La estrategia de APS es necesaria, pertinente y prioritaria, pero debe ser jerarquizada su enseñanza con el diseño y ejecución de un plan para un Centro modelo de Atención Primaria de Salud donde los médicos tengan como ejemplo de lo que debe hacerse y cómo hacerlo.
- Los proyectos académicos de las facultades de medicina deben responder a los lineamientos del MERCOSUR EDUCATIVO.
- Se debe generar estabilidad en el cargo y sentido de pertenencia por medio de la Carrera Sanitaria.
- En los convenios entre el MSPBS y las universidades, debería estipularse con el suficiente rigor la obligación o compromiso que deberían tener las instituciones formadoras que utilizan los campos clínicos del ministerio, en capacitar acerca de los programas prioritarios para la salud pública.
- Es necesario mejorar la articulación y coordinación entre el MSPBS y las instituciones formadoras.

Todavía persiste un prejuicio hacia los profesionales que trabajan en el MS-PBS, porque en el pasado reciente el ingreso a la institución no era resultado de la

idoneidad, sino del padrinazgo político y va a llevar algún tiempo que ese estigma desaparezca.

Por el momento, el Observatorio de Recursos Humanos para la Salud constituye un espacio idóneo para el intercambio de propuestas entre el sector de la educación superior y el MSPBS.

#### **4. Análisis, Reflexiones y Recomendaciones**

Tres décadas después de la Declaración de Alma Ata, la estrategia de la Atención Primaria de la Salud tiene en el Paraguay su mejor oportunidad para consolidarse. Si bien desde la década de los 80 del siglo XX la APS ya está presente en las políticas, estrategias y planes operativos del MSPBS, en la práctica su implementación ha sido baja.

La actual Política de Calidad de Vida y Salud con Equidad ha sido elaborada tomando a la APS como un eje fundamental. Para hacerlo realidad, se ha creado una Dirección General de APS, se le ha dotado de un presupuesto importante y se ha reorganizado el MSPBS para que diversas Direcciones y Programas trabajen de forma más coordinada con la DGAPS.

Se ha tomado particular cuidado para que la formulación de la política de RHS sea en un todo coherente con la APS. La DGRH y la DNERHS han priorizado sus esfuerzos para dotar a las unidades de Salud Familiar de los profesionales necesarios, por medio de concursos públicos, con mejores remuneraciones, para lo cual la colaboración de la Secretaría de la Función Pública fue de gran ayuda.

Otras direcciones generales, como las de Planificación y Evaluación, Información Estratégica en Salud, Insumos Estratégicos en Salud, Programas de Salud, Vigilancia de la Salud y Promoción de la Salud, desde sus respectivos ámbitos de actuación, también coordinan esfuerzos con la DGAPS en pos de lograr mejores resultados en salud.

Para integrar, complementar y potenciar al sistema de atención, el MSPBS ha dispuesto la reorganización de la Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud, en Dirección General de Redes y Servicios.

A su vez, el Poder Ejecutivo ha elevado a la APS como uno de sus diez programas emblemáticos dentro del Gabinete Social.

El camino no está sin embargo exento de dificultades. En primer lugar, supone un gran desafío implantar una estrategia que, para garantizar su expansión y sostenibilidad, requiere de un cambio cultural y conductual de los profesionales de la salud. La principal facultad de Medicina tiene más de 110 años de ininterrumpido funcionamiento, formando profesionales según el esquema biológico asistencia-

lista, donde la promoción y prevención son conceptos vacíos de contenido y el análisis de los determinantes sociales de la salud es prácticamente inexistente. Todas las demás facultades de medicina conformaron sus cuerpos docentes con egresados de la institución original.

Existe apertura de parte de los decanos de las facultades privadas de mayor trayectoria, para introducir modificaciones en sus respectivas mallas curriculares, de forma tal que el perfil del egresado sea más coherente con las necesidades del país. Y han expresado que ven favorablemente el rol preponderante de la APS en la política de salud. Igualmente afirman que será bien recibida toda iniciativa del MSPBS para coordinar el proceso de renovación curricular, en el que desde luego el MSPBS deberá estar representado por personas con perfil similar al de los voceros del sector académico (actualmente esto no supone dificultad alguna para el MSPBS).

Debe tenerse en cuenta que el cambio de los contenidos curriculares deven- drá en insuficiente para el objetivo propuesto, si los propios docentes no adquie- ren nuevas competencias, aptitudes destrezas y predisposición hacia la APS.

Todo lo anterior es por completo aplicable al sector de Enfermería, conforme a reuniones sostenidas con las autoridades de las dos principales escuelas de Enfermería del país.

Al mismo tiempo, el MSPBS debe mejorar la comunicación interna sobre la política de salud y en especial sobre APS, ya que existen tensiones en los cuadros de profesionales de blanco asignados a los establecimientos de salud debido a las asimetrías salariales que se originaron con las mejores remuneraciones para los integrantes de los equipos de Salud Familiar. Remuneraciones que por otra parte están vinculadas a la dedicación a tiempo completo que se les exige, previa aprobación del concurso público, toda una novedad institucional.

Es también muy importante que el plan de RHS del MSPBS, como instru- mento concreto, documental y de referencia para dar operatividad a la política de recursos humanos para la salud, esté completamente formulado, validado, apro- bado y socializado en el menor tiempo posible, para dar mayor consistencia al desarrollo de la política de salud del MSPBS en general y a la APS en especial.

En segundo lugar, el déficit histórico de RHS es muy pronunciado y la imple- mentación de la APS para alcanzar la cobertura universal demanda una cantidad adicional importante de RHS. Para contar con los recursos financieros necesarios, se requiere el apoyo del Ministerio de Hacienda, que garantiza la provisión de fondos, y del Poder Legislativo, que autoriza las partidas presupuestarias para servicios personales (cargos nombrados y contratos, así como otros incentivos financieros).

Pero el Ministerio de Hacienda, liderando el proceso de reforma y modernización del Estado, propugna mejorar la calidad del gasto público en general, incluyendo medidas de optimización o readecuación de los recursos humanos existentes en las distintas entidades del estado y la reducción de los funcionarios públicos en general; y el Poder Legislativo a su vez es reacio a aumentar las partidas presupuestarias para servicios personales.

Por otro lado, si bien existe como mecanismo de planificación de corto plazo a nivel institucional, el proceso de formulación presupuestaria, éste tiene serias limitaciones como herramienta de planificación de recursos humanos. Parte de las causas de su inaplicabilidad, está vinculada con los problemas de la información de base. El hecho de no disponer de información confiable, completa y permanentemente actualizada sobre el número de funcionarios nombrados, contratados, carga horaria, descripción de cargos, y de no contar con legajos personales completos compromete la viabilidad del proceso de planificación.

Por tanto, es menester, para el MSPBS, alcanzar con el Ministerio de Hacienda un nivel de entendimiento comparable con el que ya tiene con la Secretaría de la Función Pública. Una relación institucional, en base a la conciliación entre las políticas de ambas secretarías estatales, sustentado en un plan de trabajo en toda regla con metas, indicadores, acciones, responsables y tiempos. Tampoco deberá escatimar esfuerzos en fundamentar, ante senadores y diputados de la nación, sobre el beneficio para el desarrollo del país de esta inversión social.

En ambos casos, la mejor forma de hacer estas negociaciones sería aportando evidencia de los avances para la salud que las unidades de Salud Familiar han logrado desde su instalación.

Lo cual lleva al tercer aspecto que el MSPBS debe considerar, la disponibilidad de un sistema de supervisión y monitoreo que en tiempo oportuno ofrezca información fiable sobre el desempeño de las USF. El desarrollo de tal sistema es incipiente y además el tiempo de funcionamiento de las USF es todavía insuficiente para poder mostrar resultados que generen impacto. En el ínterin se avanza en estos supuestos, el MSPBS podría considerar como alternativa solicitar a la OPS o a otro cooperante la realización de una evaluación de la estrategia de la APS en los lugares donde se instalaron más tempranamente. Con los datos obtenidos se estará en mejores condiciones de fundamentar sus pedidos de incremento de presupuesto para más equipos de Salud Familiar.

En un nivel más ambicioso (por la dificultad en tener datos relevantes), un estudio comparativo entre los costes de la atención hospitalaria y el ahorro potencial que la APS ofrece sería un argumento muy consistente para la negociación por los incrementos presupuestarios. Desde luego, que si además de este restrictivo

enfoque economicista, se considerase por ejemplo la perspectiva del enfoque de derechos, de la calidad de vida, de la reducción del sufrimiento, la argumentación a favor de la APS será aún más sólida.

A pesar de las dificultades que supone un estudio de esta naturaleza, el MSPBS debe esforzarse por contar con este tipo de informaciones, pues el Poder Ejecutivo no tiene mayoría propia en las cámaras legislativas, siendo necesario generar en los formadores de opinión y en la ciudadanía un clima de confianza y apoyo a la APS, para que los legisladores aprueben las mejoras presupuestarias.

Igualmente se requiere un intenso y sostenido cabildeo con el Ministerio de Hacienda y el Poder Legislativo, con acompañamiento de la Secretaría de la Función Pública para lograr la aprobación de la Ley de la Carrera Sanitaria, la cual contribuirá a mejorar el desempeño general de los recursos humanos y los resultados en salud. Este nivel de esfuerzo es prioritario e ineludible debido a que la naturaleza del trabajo en salud es poco y mal conocido en las instancias mencionadas, que tienden a homologarlo con el resto de la fuerza laboral del sector. Además el panorama se agrava por la migración de los RHS como médicos y, en los últimos años, enfermeras que optan por trabajos mejor remunerados y valorados en España y los Estados Unidos de América. La carrera sanitaria podría significar una respuesta destinada a mejorar las condiciones laborales e incentivar la radicación definitiva de los recursos en el país, y atraer a aquellos que migraron al exterior para su formación.

Disponer de un censo del personal de salud es básico para la implementación de la Carrera Sanitaria, así como para planificar el crecimiento y composición de los RHS para esta década y la siguiente. El MSPBS debe priorizar la asignación de recursos para financiar este censo.

Como parte de ese esfuerzo, de disponer de mayor información sobre los recursos humanos para la salud, el MSPBS debe apoyar sostenidamente el desarrollo del sistema de información de recursos humanos, adecuado a las necesidades de los usuarios del Sector Salud, y de la red de servicios para la toma de decisiones, así como promover estudios e investigaciones operativas acerca de la dinámica de los RHS del Sector Salud e incluirla en la agenda de investigación nacional, incorporando el uso analítico de herramientas para la planificación del recurso humano: planeación prospectiva, metodologías de cálculo de RHS según necesidades de la población, metodología de determinación de carga horaria de trabajo y planteamiento de escenarios virtuales a futuro.

La constitución de una mesa o comité técnico de recursos humanos en el seno del Consejo Nacional de Salud, puede constituirse en un espacio participativo que impulse la integración, coordinación y articulación entre instituciones

formadoras y las instancias administrativas y reguladoras del Ministerio de Salud, para desarrollar el consenso intersectorial, la difusión social e impulsar la implementación de la Política Nacional de Recursos Humanos.

## Bibliografía

Gabinete Social de la Presidencia de la República 2010. Paraguay para Todos y Todas. Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020.

MSPBS 2008. Políticas públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad.

\_\_\_ 2009 Planificación estratégica 2009-2013.

\_\_\_ 2009. Política Nacional de Recursos Humanos para la Salud 2008-2013.

OPS 2007. Metas regionales de los recursos humanos para la salud (RHS) 2007-2015.

OPS&USAID 2008. Perfil de los Sistemas de Salud-Paraguay.

ENTREVISTAS con los siguientes actores clave:

Bordón Ana, Prof. Directora de Redes y Servicios-MSPBS.

Campuzano de Rolón Ana Prof. Presidenta Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior.

Chaparro A. Juan Carlos, Prof. Decano de la Facultad de Medicina-UNINORTE.

Chávez María Concepción, Lic. Presidenta Asociación Paraguaya de Enfermería.

Genest Magdalena, Lic. Directora Escuela de Enfermería-Universidad Católica de Asunción.

Giménez Edgar, Dr. Viceministro de Salud Pública y Bienestar Social.

Gómez Carmen, Dra. Directora de la DGAPS-MSPBS.

Martínez Esperanza , Dra. Ministra de Salud Pública y Bienestar Social.

Massolo José Marín, Prof. Director de la DNERHS-MSPBS.

R. de López Rosalía, Lic. Directora Instituto Andrés Barbero-Universidad Nacional de Asunción.

Robles Aida. Diputada.

Serafini Verónica, MS. Ministerio de Hacienda.

Sisa César, Prof. Decano de la Facultad de Medicina-Universidad del Pacífico.

Soto Lilian, Dra. Ministra Secretaria de la Función Pública.

Tatter Magdalena, Dra. Federación Nacional de Trabajadores de la Salud.

Tiepermann Romy, Lic. Directora de la DGRH-MSPBS.



## Introducción

El presente informe reseña la situación de los recursos humanos para la salud el Perú a la fecha, abril del 2010. Es un documento abreviado por su naturaleza de informe país, que busca dar cuenta no de los detalles sino de los grandes desplazamientos en la situación, en las políticas e intervenciones públicas y privadas en el campo de recursos humanos para la salud en el Perú.

Siendo un informe sobre el curso actual de las cosas, se ve obligado sin embargo a informar también sobre lo que ha pasado en esta década que termina, porque, como se verá, la gran política en cuanto a recursos humanos ha tenido un viraje en el Perú a partir del año 2003, y ello obliga a que la unidad de análisis deba ser este período último 2003-2010. Igualmente, dado que la situación de los recursos humanos para la salud se decide dentro y fuera del Sector Salud, y tienen mucha incidencia sobre la fuerza laboral en salud normas e iniciativas emanadas desde otros ministerios y en particular desde la Presidencia del Consejo de Ministros, informar sobre las variaciones en las políticas de recursos humanos para la salud obliga a tener una mirada también extra sectorial.

En los años 2000 ha habido un cambio de la situación de recursos humanos en el Perú respecto a la década pasada, sobretodo en los últimos tres años, en el contexto de un repotenciamiento del Sistema de Salud peruano, en particular con el aumento importante de la inversión pública en salud tanto en el MINSA como en el Seguro Social (ESSALUD); el inicio de la gestión descentralizada en el Estado peruano, con gobiernos regionales y locales; y el aumento notorio de los recursos humanos para la salud, tanto en el MINSA como en ESSALUD. El cambio en el sentido general de las políticas de recursos, con la consiguiente transformación, reestructuración, reorientación del campo de recursos humanos para la salud, tiene que ver con la necesaria reinención del régimen de trabajo y formación en salud, con la modificación de las herencias de los 90 e incluso los 80. Este desafío de la reinención se expresa, con todas sus deficiencias, en la amplia normativa sobre modernización y reforma del Estado en construcción en esta década, a caballo entre el modelo burocrático y el modelo flexible con precarización, mientras el camino de retorno al modelo anterior se expresa en las enormes resistencias para reglamentar la Ley sobre Empleo Público y en la facilidad con que se busca seguir acumulando excepciones en materia de sueldos y contrataciones. En forma más lenta que la deseada, se sigue avanzando en esta nueva ruta, sin embargo.

## 1. Antecedentes: La Evolución de los Recursos Humanos para la Salud Hasta el Año 2000

En el Perú ha habido tres etapas en la historia de los recursos humanos: (a) la que abarcó las décadas de 1950 a 1980, en que primó la regulación desde el enfoque intervencionista; (b) la que abarcó los 90, en que se destruyó la regulación previa y se dio pase abierto a la flexibilización laboral con precarización y a la multiplicación de entidades formadoras en salud; y (c) la etapa 2003-2010, en que se ha empezado a reconstruir la regulación, pero en una reinención necesaria de los temas que han sido heredados de atrás.

La primera etapa abarcó entre 1950 y 1980 y fue de construcción del régimen público, bajo el modelo burocrático de entonces. El punto de partida fue la dación en 1950 del Decreto Ley N° 11.377 de 1950, que fue la primera norma del sector público que reguló de manera integral el empleo público, generando el primer escalafón del Servicio Civil. Luego se darían los decretos leyes N° 17.876 y 19.847 el 31 de octubre de 1969 y 1° de abril de 1973, que ordenaron el panorama remunerativo. Finalmente, el 24 de marzo de 1984, se emitió el Decreto Legislativo N° 76 con la Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público. De esta forma los dos grandes pilares de la carrera pública del modelo burocrático, los decretos 11.377 y 276, se emitieron entre los años 1950 y 1984, con 25 años de diferencia pero con el mismo espíritu. Toda la dinámica de esta primera etapa fue de disputa entre quienes buscaban mantener los regímenes particulares preestablecidos para los distintos grupos de servidores públicos y los que tendían a suprimirlos para implementar un sistema de clasificación de cargos general.

La segunda etapa abarcó entre 1990 y los 2000 y en ella se dio un viraje explícito hacia el modelo de flexibilización con precarización y el pase libre a la creación de decenas de nuevas universidades y facultades de ciencias de la salud.

En realidad el régimen de carrera pública ideado por el Decreto Ley 11.377 llegó bastante disminuido a fines de los 80. Los estudios muestran que hubo una gran reducción del gasto público entre 1975 y 1990, que en ese ínterin disminuyó de US \$1.059 dólares per cápita a tan sólo US \$178 dólares<sup>48</sup>. Ello afectó fuertemente la planilla del sector público, que se contrajo en 75%, sin que hubiera reducciones de personal, lo que implicó una reducción de los salarios reales<sup>49</sup>. No puede extrañar entonces que los trabajadores del Estado desborden la normativa de carrera pública, que no garantizaba una recuperación de ingresos reales

48. Webb, Richard. Prologue. En: Carlos Paredes y Jeffrey Sachs (eds.). *Peru's Path to Recovery: A Plan for Economic Stabilization and Growth*. Washington D.C., Brookings Institution.

49. Wise, Carol. *Reinventando el Estado: Estrategia económica y cambio institucional en el Perú*. 1ª Edición, Lima, Universidad del Pacífico, 2003.

a través de los mecanismos estatuidos de ascensos mediante el escalafón. La crisis económica de los años 1988-92 fue el contexto en el cual se agotó el modelo burocrático y se abrieron las compuertas para una reestructuración de la carrera desde dos frentes, entonces, el frente corporativo gremial, que venía desde antes, y el nuevo del enfoque ortodoxo.

En los 90 se reemplazó el régimen laboral de los nombramientos o contratos por tiempo indefinido y se pasó a un régimen flexible en el vínculo laboral, con remuneraciones precarias. En el año 1991, mediante el Decreto Supremo N° 098-91-PCM, se ofrecieron incentivos para la renuncia voluntaria de trabajadores auxiliares y técnicos, y posteriormente se hizo lo propio con el personal directivo y técnico de todo el sector público. Esta disposición no alcanzó a los profesionales asistenciales de salud. Según datos del Instituto Nacional de Administración Pública, todavía existente hasta 1995, a diciembre de 1994 se habían ido 134 700 trabajadores públicos, en comparación con los existentes en 1989. En el Ministerio de Salud, a nivel nacional, este proceso representó la renuncia de 12 000 trabajadores no profesionales de la salud (técnicos administrativos, técnicos de enfermería, auxiliares administrativos y auxiliares de enfermería, entre otros), puestos de trabajo que no fueron repuestos.

El 12 de noviembre de 1991 se emitió el Decreto Legislativo N° 728 o Ley de Fomento del Empleo. Esta norma no contemplaba nombramientos, sólo contrataciones de tiempo fijo, terminando con la estabilidad laboral. Dejó de aplicarse el Decreto Legislativo 276 para nombramientos y contratos, y se comenzó a usarse el Código Civil, que generó el régimen, antes en desuso, de servicios no personales. Esta modalidad de contrato se empezó a utilizar sobre todo en el MEF, SUNAT, ADUANAS, Contraloría de la República y en el Sector Salud, en la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, un sector de los CLAS y Salud, entre otros. Sus repercusiones no sólo en el empleo público sino en el empleo en general fueron importantes: las contrataciones estables o nombramientos se redujeron del 41% en 1991 al 24.8% en 1999, los trabajadores sin contrato pasaron de 33.2 a 45.4% en ese período, los trabajadores eventuales aumentaron casi en 5% y la duración media del empleo se redujo aproximadamente de 70 meses en 1991 a 47 en 1999<sup>50</sup>. Con la admisión de dos regímenes laborales en el Estado, uno de derecho público (D. Leg. 276) y otro de derecho privado (D. Leg. 728), empezaron a generarse las deformidades actuales. De los 80 000 contratados por servicios no personales entonces en el Estado, 41.000 fueron del MINSA, en particular en el Programa Salud Básica para Todos. Con esta modalidad se eludieron los alcances de la carrera administrativa que quedó, ahora sí, seriamente

50. Chacaltana, Juan y Norberto García 2003. Reforma laboral, capacitación y productividad. En: CIES, Políticas de empleo en Perú, Lima, T. II.

afectada. Antes había un desorden remunerativo del escalafón, pero ahora había emergido un régimen de reemplazo, flexible y precario.

Cuando posteriormente, hacia 1994, la crisis económica pasó y comenzó una etapa de expansión de la producción de servicios, ello motivó el ingreso de nuevo personal, pero bajo la modalidad de servicios no personales. De esa manera los profesionales y trabajadores de salud pasaron de ser nombrados a ser contratados y las remuneraciones se fraccionaron en ingresos múltiples, en un básico y, para una parte, los adicionales de los recursos directamente recaudados, los ingresos por proyectos y las bonificaciones, además de otros ingresos por multitempleo. Nació así un régimen que dispersaba la fuerza laboral, en la búsqueda de adicionales, en lugar de concentrarla en su tarea.

De otro lado, en el mundo de la formación, en enero de 1995 se emitió la Ley 26.439 de creación del Consejo Nacional para la Autorización y Funcionamiento de Universidades (CONAFU) y luego, en noviembre de 1996, el Decreto Legislativo N° 882 de Promoción de la Inversión Privada en la educación, que alentaron la multiplicación de universidades y facultades más allá del límite de si había trabajo o no para sus egresados. Ni bien se creó CONAFU aparecieron 21 nuevas universidades, 18 de ellas privadas y sólo 3 públicas, en el lapso de 5 años.

## **2. El Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud en los 2000**

Estamos ahora en los años 2000 en una fase de reconstrucción y reinención del Estado, de la carrera pública y de la formación en salud en el Perú, en forma trabajosa, por los fuertes intereses en todos los terrenos, en un trasfondo de veloz crecimiento económico que marca el contraste con la marcha más pausada con lo que se hace en el terreno de la reforma del Estado, desde el cual se viene avanzando la nueva política de recursos humanos, como veremos.

### **2.1. Políticas y Planificación**

El proceso de formulación de la actual política de recursos humanos para la salud se ha venido asumiendo y perfeccionando a todo lo largo de la década. Empezó con el cuarto lineamiento general de política sectorial de salud definido por el MINSA en el documento “Lineamientos de política sectorial para el período 2002-2012 y principios fundamentales para el quinquenio agosto 2001 - julio 2006”. Y luego tuvo un proceso de cuatro años de desarrollo que comprendió, en su primera etapa, los primeros borradores presentados a finales del año 2002, luego la aprobación por unanimidad en el Comité Nacional de Articulación Docencia-Servicio e Investigación (CONADASI), y finalmente la ratificación, el 22 de septiembre del 2005, en el Consejo Nacional de Salud del documento de “Linea-

mientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud”. Dicho documento explicitó ocho lineamientos de política que son los que rigen actualmente:

- **Lineamiento 1:** Formación de recursos humanos para la salud basada en el modelo de atención integral de salud, el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico de la población, tomando en cuenta las particularidades regionales y locales.
- **Lineamiento 2:** Planificación estratégica de recursos humanos para la salud con equidad, considerando el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico, así como las necesidades de salud de la población, particularmente de la más excluida.
- **Lineamiento 3:** Gestión descentralizada de recursos humanos para la salud como parte de la gestión de los servicios de salud, reconociendo la centralidad e integridad de los recursos humanos en el desarrollo organizacional.
- **Lineamiento 4:** Gestión de procesos eficaces, eficientes y equitativos para el desarrollo de capacidades del personal de salud, a fin de contribuir a la mejora de su desempeño y de la atención de salud de la población.
- **Lineamiento 5:** Valoración de los agentes comunitarios de salud como recursos humanos relevantes del Sistema de Salud, así como la apreciación de su contribución a la salud y desarrollo, tanto en el ámbito local, regional y nacional.
- **Lineamiento 6:** Impulso de un nuevo marco normativo laboral integral que considere el ingreso en base a perfiles ocupacionales por competencias y que aplique la promoción en la carrera pública, los beneficios e incentivos laborales teniendo en cuenta el mérito y criterios de justicia y equidad.
- **Lineamiento 7:** Mejoramiento de las condiciones de trabajo y promoción de la motivación y compromiso del trabajador, que contribuyan a una renovada cultura organizacional y aseguren la entrega de servicios de salud de calidad.
- **Lineamiento 8:** Impulso de procesos de concertación y negociación en las relaciones laborales, basados en el respeto y dignidad del trabajador para el logro de la misión institucional.

En realidad este es el documento de política de recursos humanos más comprensivo de la década, que corresponde al diagnóstico integral que se hizo del

campo de recursos humanos en el Informe País del Perú para la Reunión de Toronto en octubre del 2005<sup>51</sup>.

El Plan Nacional Concertado en Salud, aprobado el 20 de julio del 2007 por el nuevo gobierno, incluyó como Lineamiento de Política Seis el desarrollo de recursos humanos, proponiéndose como objetivo estratégico *“identificar, desarrollar y mantener recursos humanos competentes, asignados equitativamente y comprometidos para atender las necesidades de salud de la población”* y como metas al 2011, *“acreditar al 100% de instituciones formadoras en salud”, “100% de las regiones más pobres del país incrementará al 50% sus recursos humanos para la salud”* y *“la implementación en las regiones del modelo de gestión por competencias”*.

El presente informe revisará brevemente la implementación de las diferentes propuestas hechas a lo largo de la década, con énfasis en los últimos cuatro años.

## 2.2. Inversión en Salud: en Busca de Recuperar el Tiempo Perdido

En realidad, en este último quinquenio 2006-2010 se viene procesando un repotenciamiento del Sistema de Salud en sus dos grandes subsistemas, el MINSA y ESSALUD. El escenario actual se encuentra marcado por tres elementos que se han acentuado desde el año 2006: la descentralización, que terminó de trasladar las funciones a los gobiernos regionales en el 2008; la definición del aseguramiento universal en salud como el objetivo central a partir del año 2008; y el notable aumento en la inversión pública en salud en los últimos dos años.

El crecimiento de la inversión pública en salud en los años 2008-2010 corrige la paradójica situación que se vivía en esta década, en que había una retracción del gasto en salud en medio de un ciclo expansivo de la economía peruana que abarcó el período 2003-2008 y se viene retomando el 2010. Se necesitarán probablemente dos lustros de incrementos en salud para cubrir la enorme brecha de necesidades.

La actual evolución económica del Perú otorga la posibilidad de, por fin, vivir una etapa de expansión del gasto en salud, del gasto público en salud y de la inversión pública en salud. El primero depende de la población y del Estado, y los dos últimos gastos, del Estado. Lo nuevo desde el año 2003 y, sobre todo, 2004 es que el Perú ha vivido un notorio proceso de expansión económica, pues durante el período 2003-2008 se produjo un crecimiento sostenido de setenta meses seguidos, si contamos desde el 2003. La economía superó la crisis de los años

---

51. MINSA-IDREH 2005. Situación y Desafíos de los Recursos Humanos para la Salud. Gobernabilidad y desempeño con Desarrollo Humano.

1998-2001 y retomó una curva ascendente hasta la actualidad. La variación anual del PBI había sido negativa el año 1998 (-0,7%) y con tasas menores en 1999 (0,9%), 2000 (3%) y 2001 (0,2%), pero a partir de 2004 y sobre todo de 2005 en adelante, se disparó: estuvo en 4% el 2003, pero subió a 5,1% el 2004, y de ahí a 6,7% el 2005, 7,6% el 2006, 9,0% el 2007 y 9.8% el 2008. El año 2009, año de crisis internacional, fue de 0,9%.

La situación del gasto público en salud en los años 2004-2007 era sin embargo de crecimiento del gasto público nominal, pero disminución del peso del gasto público en salud respecto al gasto público total. La revisión de las cifras del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) revela que el gasto público nominal en salud ha registrado un continuo crecimiento en los últimos 8 años, pasando de 1.643.402.351,82 soles en 1999 a 1.727.158.614,93 el año 2000; 1.938.662.537,21 soles el 2001; 2.135.299.017,52 soles el 2002; 2.080.729.635,17 el 2003; 2.379.803.926,80 soles el 2004; 2.460.430.550,00 el 2005 y 2.580.289.899,53 el 2006<sup>52</sup>. Sin embargo, el gasto público en salud como porcentaje del gasto público total ha retrocedido. El presupuesto del Estado ha crecido pero no de igual manera el del Ministerio de Salud. Los años 1999 y 2002 fueron aquellos en que el gasto en salud fue mayor en el presupuesto público: 6,03% y 6,05% respectivamente. En el 2003, sin embargo, se registró el menor gasto de la serie observada con un 4,92%, tras lo cual en los siguientes años no remontó hasta los niveles más altos anteriores, siendo de 5,63% el 2004, 5,46% el 2005, 5,17% el 2006 y 5,35% hasta agosto del 2007. En general hay una caída en la tasa promedio de gasto en salud a 5.3% para el período 2003-2007. Esto quiere decir que los demás sectores del Estado se venían beneficiando mejor de la ampliación del presupuesto público.

De otro lado, las cifras sobre el gasto en salud del Perú muestran que, en general, en el Perú no se valora la salud y la vida en la misma medida que en otros países latinoamericanos. El gasto en salud per cápita peruano para los años 2000-2004, según cifras del Banco Mundial, fluctúa alrededor de los 100 dólares, ubicándose por debajo del promedio latinoamericano, que se hallaba el 2004 en 272 dólares. Son, lamentablemente, las últimas cifras disponibles. Otro indicador que demuestra la poca importancia otorgada a la salud es el gasto en salud como porcentaje del PBI, en que el Perú ocupa el último lugar de América Latina entre el 2001 y el 2004, con una tasa promedio de 4,5%.

Todo este panorama está cambiando en los últimos tres años 2008-2010. Respecto a la inversión pública en salud en los años previos, en el mejor momento, fue apenas de 380 millones de soles entre MINSA y las Regiones. En

52. SIAF. <http://ofi.mef.gob.pe/transparencia/default.aspx>.

contraste, el presupuesto para inversiones en salud del 2009 fue de 1 300 millones de soles y el del 2010 es de 1.700 millones de soles. Es verdad que existe una brecha de inversión que se ha estimado en el orden de los 9 mil millones de soles, por un descuido que viene de años. Pero de hecho ha habido un viraje en el volumen de los recursos asignados a salud, que se expresa en partidas para infraestructura, equipamiento y recursos humanos. Hay proyectados 31 nuevos hospitales MINSA, más los 19 de ESSALUD planificados: 4 nuevos en Cusco, 3 en Ica, 4 en Lima, 4 en Cajamarca, y así, en todo el país. Esto no había antes. Además, aparte, hay una partida de 165 millones de soles para equipamiento, que antes no hubo. En realidad, el sector está recuperando el tiempo perdido.

### 2.3. Disponibilidad y Distribución de los Recursos Humanos para la Salud: Dotación para el Aseguramiento Universal, Nuevo SERUM y Programa PROSALUD

Lo nuevo en los dos últimos años, 2008-2010, ha sido el viraje hacia una mayor disponibilidad y una mejor distribución de los profesionales de salud, con la mayor dotación de recursos humanos para la salud y el establecimiento de incentivos para su ubicación en las zonas alejadas y pobres, reviriéndose así parcialmente los déficit originados por las migraciones de profesionales y su concentración en las grandes ciudades.

Visto en el largo plazo, en el Perú ha venido dándose un aumento progresivo de los recursos humanos del Sector Salud. En el año 1992 el total de la fuerza laboral del MINSA y ESSALUD era aproximadamente de 66.000 trabajadores; para el año 1996 ésta se incrementó aproximadamente a 101.000 y hacia los años 2004-2005 comprendía a 132.781 trabajadores, entre ambas instituciones, de los cuales 97.382 trabajaban en el MINSA y 35.399 en el Seguro Social de Salud (ESSALUD). Había, además, alrededor de 7.230 laborando en las empresas prestadoras de salud (EPS), si bien esta última cifra incluye médicos y personal asistencial a disposición en los directorios de las EPS y sólo un personal más pequeño de planta. El directorio de médicos de las EPS que trabajan exclusivamente en las EPS y no laboran por tanto ni en el MINSA ni en ESSALUD totaliza 3.240.

Ahora se estima trabajan en el Sistema de Salud peruano un total de 180.000 trabajadores y profesionales, de los cuales 123.663 lo hacen en el Ministerio de Salud y 36.063 en el Seguro Social de Salud (ESSALUD, 2007). Las EPS tienen un personal de 7.230 personas y las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, 14.587 profesionales, técnicos y auxiliares. Este contingente de 180.000 trabajadores y profesionales de salud atiende la salud de los 29.461.000 peruanos estimados para el 2010.



Sin embargo, pese a este avance, *hay un déficit tanto de disponibilidad como de distribución*. No es sólo de distribución, pues incluso si se lograra una distribución conforme a la densidad poblacional y la vulnerabilidad de las regiones y distritos, faltaría personal de salud. El estudio de dotación de profesionales de salud que hizo el MINSA el año 2007 mostró que había una brecha que iba entre 8.446 a 15.363 médicos según los estándares que se usara<sup>53</sup>. Asimismo, continuaba el centralismo en la distribución de profesionales de salud, concentrándose éstos en Lima y en la costa urbana del país. En el caso de los médicos, Lima tenía hasta hace poco una tasa de médicos por 10.000 habitantes 5,4 veces mayor que Huancavelica (17,7 versus 3,3) y casi el doble que el promedio nacional, que era 11,5. Además de Lima, sólo Arequipa, Tacna e Ica alcanzaban o superaban la tasa de 10 médicos por 10 000 habitantes. Del total de médicos que existe en el Perú, Lima concentraba el 53,19 %. En el caso de las enfermeras, ocho departamentos tienen una tasa por 10.000 habitantes superior al promedio nacional, evidenciándose una mayor concentración en la costa urbana, aunque con presencia importante en algunos departamentos de mayor pobreza. Del total de enfermeras el 40,23% se encuentra en Lima. En el caso de los odontólogos, con tasas por 10.000 habitantes mucho menores que las de otras profesiones, también tienen una distribución centralista, ubicándose básicamente en los departamentos de la Costa. Del total de odontólogos, el 44,25 % se encuentra en Lima. Del total de técnicos y auxiliares el 41,47% se encuentra en Lima.

De otro lado, la distribución de profesionales ha venido siendo inversa a los niveles de pobreza. Para las principales categorías profesionales, existe una gran diferencia entre el grupo de recursos humanos ubicado en distritos no pobres y el grupo ubicado en distritos pobres. En el caso de los médicos, la tasa de distribución es de 3,7 a 1 entre los estratos no pobres y los más pobres. Para las enfermeras la tasa es de 1,4 entre los estratos no pobres y los más pobres. Para los odontólogos, cuyo número absoluto es menor, la tasa es de 1,43.

En respuesta a este panorama, en los últimos dos años ha habido una ampliación importante del número de profesionales en los servicios públicos y se ha iniciado su redistribución con incentivos para sus estancias en las zonas más pobres. Las dos grandes políticas de recursos humanos de estos años vienen siendo la transformación del SERUM en instrumento para expandir la frontera de los servicios y la generación de un régimen especial para cubrir el déficit de especialistas en provincias, ambas, acordadas en la reunión nacional realizada en diciembre del 2007 con los directores regionales de salud, los gerentes regionales

---

53. MINSA 2007. Estudio de la dotación de profesionales de la salud en los establecimiento del Ministerio de Salud. MINSA.

y funcionarios del ex IDREH (en ese entonces transitoriamente bajo la denominación de Programa Sectorial III).

Así, los médicos del MINSA han pasado de 12.000 a 17.000 en todo el país en los últimos tres años. Esto ha aumentado la disponibilidad en todas las regiones, pero se desea también que no estén concentrados en las capitales de departamentos. Esto ha implicado transformar el SERUM radicalmente. El primer cambio ha sido la modificación del mecanismo de asignación de las plazas para serumistas, que antes eran por sorteo y ahora son por méritos, conforme a una prueba. El segundo ha sido el establecimiento de bonificaciones para los postulantes que opten por zonas alejadas, bono de 10 puntos que eleva su puntaje en el orden de méritos. El tercero ha sido la utilización rigurosa del mapa de pobreza de FONCODES para la ubicación de los distritos prioritarios, en extrema pobreza. Los serumistas están bajo el régimen privado del DL 276 y se les otorga ahora 10 puntos de bonificación para el examen de residencia por ubicación alejada, además de su sueldo —3.500 soles o 1.200 dólares—, seguro social, seguro complementario de riesgo, pasajes y medio sueldo para gastos de instalación.

De otro lado se ha conseguido un aumento importante en el número de plazas del SERUM, que durante años se había mantenido estable en 2.000 plazas y ahora han pasado a 5.700. El primer incremento se hizo con el apoyo del Programa JUNTOS y luego con partidas presupuestales gestionadas ante el MEF.

Actualmente es obligatorio que todas las plazas de serumistas sean en primer nivel y son los gobiernos regionales quienes asignan las localidades o establecimientos. Esto ha cambiado la situación original de los 811 distritos más pobres del país, en los cuales hace tres años el 53% tenían médicos serumistas y el 47% no. Ahora el 89% de estos distritos ya tienen profesionales de salud utilizando el SERUM. Los porcentajes de presencia de médicos en los distritos de los tres departamentos más pobres del Perú son hoy elevados: 95% en Ayacucho, 97% en Apurímac y 95% en Huancavelica. En otras palabras, el SERUM estaba desarticulado de la política de salud y ahora es el principal instrumento que permite dotar de profesionales a lugares donde no había profesionales. En las actuales adjudicaciones de las plazas del SERUM el 85% de serumistas opta por distritos ubicados en los dos quintiles de mayor pobreza (el 54% en el quintil 1 y el 31% en el quintil 2). Se puede decir que las tres regiones más pobres tienen hoy una disponibilidad en el primer nivel superior al promedio del país. El problema ya no es el número de profesionales y ello se ha comenzado a expresar en resultados, como en el caso de Apurímac, que salió del grupo con mayor mortalidad materna.

El segundo gran problema en la dotación y distribución de profesionales es la falta de especialistas. En el MINSA faltan unos 6.000 especialistas. En muchas regiones no hay anestesistas, psiquiatras, cardiólogos, gastroenterólogos, etc. La

evaluación que tiene el MINSA es que esta brecha de especialistas se está ampliando. No hay especialistas suficientes en el Perú. Y esto en el contexto de un aumento de la demanda por la política de aseguramiento universal. La actual ampliación de la inversión en equipamiento descubre aún más esta brecha: uno de los tomógrafos más modernos del país, ubicado en Ayacucho, por ejemplo, no tiene un especialista que lo haga funcionar. En Ayacucho no hay un solo psiquiatra. En Huancavelica no hay un solo cardiólogo. Asimismo, la información que brinda el Seguro Social (ESSALUD) es que en todos sus últimos concursos para el segundo y tercer nivel no llegan a cubrir las plazas ofertadas. En julio del 2009 tenía 345 plazas sin cubrir. Igual pasa con los concursos de la Sanidad de la Policía Nacional, que en el 2008 ofertó 100 plazas de especialistas y no cubrió ninguna; en el 2009 volvió a ofertar 150 plazas y sólo cubrió 18. Según el estudio realizado por el MINSA la brecha de especialistas para las seis zonas de aseguramiento universal es de 1.774. Sólo en los hospitales regionales de los tres departamentos más pobres del país faltan 194 especialistas.

En el fondo, se ha añadido a la vieja brecha de profesionales para la atención primaria, la nueva brecha, para la capa compleja, fuera de la tercera brecha, de capacidades. El Perú no atendió durante años la primera, mientras se iba abriendo la segunda brecha. Este déficit tiene que ver con la desarticulación entre el mundo del trabajo y las universidades, además de las migraciones de médicos fuera del país y hacia Lima. Los médicos que migran no son sólo médicos generales sino especialistas.

De ahí que se haya estructurado la segunda estrategia, que es el nuevo programa PROSALUD, ya diseñado, que está por ser lanzado para dotar de profesionales, ya no serumistas, a las regiones más vulnerables, por concurso. Será igual al SERUM en cuanto a priorización en los distritos con mayores necesidades, pero la dotación será de equipos básicos de salud (médicos, enfermeras, obstetras y técnicos sanitarios). Dado que por ley tienen que ser contratados en el régimen público, se ha negociado con el Ministerio de Economía y Finanzas para que tengan remuneraciones superiores —4.700 soles como máximo para los médicos; 2.700 soles para enfermeras—, además de dárseles incentivos para la residencia y concursos de nombramientos. El contrato de estos especialistas será por tres años, renovables por otros 3 años. Al final estos profesionales tendrán 20 puntos de bonificación para la residencia médica. De otro lado estos profesionales tendrán un programa de capacitación, primero en los hospitales y luego, ya en sus zonas, como alumnos de un Diplomado en Atención Integral, terminando en tres años como especialistas en medicina familiar o salud familiar. Hay convenios con algunas universidades para ello: San Marcos, Cayetano Heredia y San Luis Gonzaga de Ica. En cuanto a su financiamiento, ya está incluido en el Presupuesto de la República del 2010, que ha destinado 128 millones de soles en reserva para

contingencias, de los cuales 50 millones de soles irán para nuevos recursos humanos para la salud para fortalecer el aseguramiento universal. De esta partida, 40 millones de soles pasarán a este programa, para 1.584 nuevos profesionales en el MINSA, que se añadirán a los 6.000 serumistas.

Sin embargo, el MINSA evalúa que se necesita una política adicional: promover que nuevas universidades del interior formen especialistas, para evitar que los médicos egresados vengán a las universidades de Lima, Trujillo, y Arequipa, que forman al 90% de especialistas del Perú. La gran mayoría de egresados de Loreto o Cajamarca terminan por eso fuera de sus regiones. No hay una capacidad de retención. Para cambiar esta situación desde el año pasado se están abriendo otros lugares (Junín, Loreto, Ayacucho y Ancash) para formar especialistas en las cuatro especialidades básicas. Esto se hace mediante una alianza entre las universidades y las direcciones regionales de salud, que permite financiar las plazas. Ahora las regiones de salud deciden el número de plazas y las especialidades, a diferencia de antes, que eran fijadas por las universidades. En base a esto, las universidades ofertan vacantes y los postulantes las escogen, en orden de mérito. Con esto se busca que los médicos tengan mayores oportunidades en su región.

#### 2.4. Regulación de la Formación: Cultura de la Calidad, Acreditación y Certificación (CAFME, SINEACE, CONEAU)

En los años 90 se profundizó la tendencia, que venía de atrás, a la multiplicación de universidades con facultades de carreras de salud, lo que ha producido hasta ahora un dislocamiento entre la oferta de egresados y la demanda de profesionales de salud por los servicios públicos y privados. En los últimos cuatro años se ha comenzado a implementar políticas tendientes a retomar la regulación de la formación universitaria y técnica, con la acreditación universitaria y certificación profesional, además de la definición de perfiles para las plazas del SERUM y especialistas, lo que debe impactar en la formación universitaria.

En 1980 había sólo 35 universidades, de las cuales 25 eran públicas y 10 privadas, con un total de 257.220 alumnos, 183.317 en las públicas y 73.903 en las privadas. A inicios de los años 2000 ya había 76 universidades en el Perú, 31 públicas y 45 privadas, con 35.455 docentes, 415.465 matriculados y 103.398 ingresantes<sup>54</sup>. Hoy la Asamblea Nacional de Rectores informa que hay 102 universidades, de las cuales 35 son públicas y 67 privadas<sup>55</sup>. 76 universidades tienen reconocimiento pleno, mientras 27 están en proceso de organización. La mayoría

54. Comisión Nacional por la Segunda Reforma Universitaria 2002. El Sentido de la Segunda Reforma Universitaria. Lima.

55. Asamblea Nacional de Rectores 2010. Directorio Universitario 2010. Lima: ANR.

de universidades tiene carreras de salud; 31 tienen facultades de medicina, estando en organización seis más.

Dado que no había una ampliación de plazas en los servicios del MINSA y ESSALUD, que son los dos principales empleadores en salud, había un excedente de egresados que terminaba finalmente como emigrantes o en formas de subempleo. Entre los años 1996 y 2004 la Dirección Nacional de Migraciones contabilizó la emigración de 13.711 médicos, 7.340 enfermeras, 2.112 odontólogos y 1.110 obstetras.

Este desajuste oferta-demanda ha venido siendo cuantitativo, pero es también cualitativo, pues la masificación ha vuelto mediocre y dual la formación universitaria y técnica, con lo que se ha cuestionado la calidad del personal formado y el propio status del profesional de salud en la sociedad.

En respuesta a esta situación de creación indiscriminada de Facultades de Medicina se creó el 11 de julio de 1999, mediante la Ley N° 27.154, la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (CAFME), presidida por un representante del Ministerio de Salud e integrada por representantes del Ministerio de Educación, la Asamblea Nacional de Rectores, el Consejo para la Autorización del Funcionamiento de Universidades y el Colegio Médico del Perú, comisión a la cual se le encargó de la conducción y gestión del proceso. De esta manera se acordó que sólo se colegiarían y autorizaría el ejercicio profesional a médicos egresados de facultades de medicina acreditadas. En el año 2000 se aprobó el Reglamento de la Ley N° 27.154 y en el año 2001 se emitieron los Estándares Mínimos para la acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina mediante la Resolución Suprema N° 013-2001-SA, al igual que los Estándares Mínimos para la creación de Facultades o Escuelas de Medicina, con la Resolución Suprema N° 252-2001-SA. Ese mismo año se iniciaron las visitas de verificación. En el año 2003 se aprobó el Código de Ética de verificadores e integrantes de CAFME (Resolución Ministerial 652-2003-SA) y se hizo la actualización de los Estándares Mínimos de Acreditación (Resolución Suprema N° 004-2003-SA). Una última actualización de los Estándares Mínimos de Acreditación se hizo, nuevamente, en el año 2006.

Al final, este proceso de acreditación en medicina sirvió de referencia para la creación en mayo del 2006 mediante la Ley N° 28.740 del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE) y el inicio del proceso de acreditación de las carreras universitarias. En el 2003 se había aprobado la Ley General de Educación, que creó el Organismo del SINEACE y dispuso para el caso de la Educación Superior, la creación de un organismo a ser generado y normado por ley específica. Finalmente el Sistema Nacional

de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa absorbió a la CAFME.

Se puede decir que CAFME fue un motor a favor de una cultura de calidad en las facultades de Medicina uno de cuyos aspectos es la acreditación. Se exigió un número mínimo de docentes con maestrías y doctorados, la verificación de competencias en los planes de estudio de los cursos y una base de infraestructura y recursos. Sin embargo, reconociendo avances, al final el 100% de las facultades documentó cumplir con los estándares mínimos para la acreditación, lo que implicaba probablemente reajustarlos hacia arriba. En la práctica, las facultades, una vez acreditadas por cinco años, aumentaban indiscriminadamente sus vacantes. De otro lado, la Asamblea Nacional de Rectores opinó que no podía prohibir a las facultades no acreditadas que aceptaran postulantes, con lo cual el proceso de acreditación perdió legitimidad. Pese a todo CAFME siempre fue vista con expectativa por la amplia mayoría sectorial por ser uno de los contrafuertes de la desregulación en la formación en salud.

Lamentablemente, el reglamento del SINEACE, emitido en julio del 2007, cesó a CAFME. Cuando no se había puesto a funcionar aún el nuevo sistema, se anuló lo que ya había en salud, lo que generó un vacío legal que ha alentado nuevas creaciones de facultades en salud. El proyecto del SINEACE lógicamente es más amplio y ambicioso, pero por lo mismo ha caminado más lentamente. Ahora las carreras de acreditación obligatoria son todas las de salud y las de educación. Dentro del SINEACE es el CONEAU el órgano encargado de la acreditación y certificación universitaria. Pero el Sistema tiene plazo hasta diciembre del 2010 para la implementación del sistema, siguiendo después de su operación, la acreditación misma. En estos años se ha avanzado en definir el modelo de acreditación universitaria, con criterios y estándares para todas las carreras de educación y salud, estando el proceso en la inscripción y autorización de agencias acreditadoras, pues son estas agencias las que acreditarán las carreras. Para ello se requiere que previamente el CONEAU certifique los evaluadores para las carreras, pues éste es uno de los prerrequisitos para dar la autorización a las agencias acreditadoras. Por lo que se observa, el proceso mismo de acreditación lo heredará el próximo gobierno, luego de julio del 2011.

Sobre el proceso de la certificación profesional en salud, éste empezó con la profesión médica en 1998, a iniciativa del Colegio Médico del Perú (CMP), siendo la experiencia peruana, por tanto, inicialmente, de auto-regulación profesional y no de regulación por el Estado. En los dos primeros años del programa se presentaron 9.000 expedientes y en los siguientes dos años alrededor de 2.500. Los profesionales debían probar haber llevado cursos por más de 15 créditos en los últimos tres años para ser recertificados. En el 2006 se recertificaron aproxima-

damente 1.000 médicos. Este descenso y desaceleración del proceso se explica principalmente por la falta de difusión y promoción del proceso, la relativa falta de interés en la recertificación y su carácter voluntario. Actualmente, el CMP ha aprobado un nuevo reglamento para la recertificación médica que incluye la evaluación de la práctica profesional como un primer paso hacia la introducción progresiva de la evaluación de la competencia profesional. Sin embargo, la aceptación mayoritaria del proceso de recertificación por parte de los médicos coexiste con las dudas sobre su utilidad, el bajo interés y la exigencia por disminuir los requisitos.

Estando en esta situación estacionaria la certificación médica, nació el SI-NEACE el 2006 incluyendo la certificación de todas las profesiones. En este caso, a diferencia de la acreditación, son los colegios profesionales los que certifican y el CONEAU tiene por encargo apoyarlos y asesorarlos a través de su Dirección de Evaluación y Certificación. En este lapso 2007-2009 se ha avanzado en definir todo el instrumental para la certificación, con mayor énfasis en las profesiones de salud que en las de educación, por las dificultades internas que ha tenido en los últimos años el Colegio de Maestros. Se ha formado asimismo a más de 200 evaluadores de competencias de diferentes colegios profesionales. En el nuevo sistema de evaluación de competencias se examinan conocimientos esenciales, desempeño esperados en una situación de trabajo simulada o real, y productos propios de cada profesión. No todas las profesiones deben certificar a sus miembros pues hay colegios de certificación obligatoria (las 13 profesiones de salud más los profesores) y voluntaria (el resto). La norma establece que los colegios tienen tres años para certificar a los profesionales que tengan más de 5 años de habilitados. En el caso de medicina, por su número, se ha dispuesto empezar por los médicos generales. El plazo para que los colegios profesionales pidan a CONEAU ser autorizados como entidades certificadoras vence en octubre del 2010. Luego se verificará que cumplan los requisitos para la certificación. En el caso del Colegio de Enfermeros, tiene varios años trabajando el tema por lo que se espera que sea autorizado como entidad certificadora sin dificultad. Se puede colegir de este panorama, que se está en los inicios de un largo proceso.

## 2.5. Desarrollo de Capacidades: Educación Permanente, Postgrados y CIRHUS

Pese a todo, en estos años ha habido una mudanza importante en el perfil de capacidades de la fuerza laboral en salud, que en sus estratos profesionales y técnicos se ha involucrado en un importante esfuerzo de actualización y renovación, en lo asistencial y administrativo.

Esta percepción de profesionales y técnicos sobre la necesidad de “retomar los estudios” ha superado la visión anterior de una etapa de estudios y una poste-

rior de práctica profesional. La formación es ahora permanente y ello ha motivado, también, la multiplicación de las especializaciones y los postgrados en el Perú y la adaptación de metodologías para una educación en el trabajo. Según una encuesta tomada en 1995<sup>56</sup>, más del 20% de los médicos estaba en posiciones de gestión. La proporción de profesionales asistenciales en cargos de gestión va en aumento, lo que unido a la fuerte rotación en los cargos, ha promovido la formación en gerencia. De otro lado, los avances científico-tecnológicos de la medicina vienen impulsando la actualización para evitar los desfases.

Esto necesariamente ha cambiado el perfil de capacidades y optimizado el desempeño, con todos los déficit que aún se arrastran. Hasta 1993 no había ingresado al Sector Salud el paradigma gerencial, existiendo capacidades asistenciales pero muy pocas de gestión. El empirismo en ese terreno era predominante. Hoy eso ha cambiado parcialmente y se puede decir que el Sector Salud, en general, posee capacidades asistenciales y de gestión, si bien ello es desigual por categorías ocupacionales y ha aumentado la brecha entre los profesionales y los técnicos administrativos. Prosigue sin embargo abierto el déficit de capacidades directivas de macro-gestión y gobierno.

Sin embargo, pese a estos avances, la especialización y los postgrados han sufrido también la dualización e informalización que se ha vivido en la formación de pregrado. Mientras algunos han preservado su calidad, otra franja universitaria ha multiplicado indiscriminadamente su oferta, sin sustento docente ni autoexigencia en cuanto a calidad, con lo cual se ha desvirtuado el legítimo interés en el sector por ponerse al día. Esta otra falta de regulación acompaña el desarrollo de muchas especializaciones, maestrías y postgrados en general.

Ante este viraje entusiasta del personal de salud a la educación continua y a la gerencia, los problemas nuevos que vienen surgiendo son la pertinencia de los programas de formación y el soporte financiero para su desarrollo. En la década de los 90 fue a través de proyectos de cooperación externa como el Proyecto de Fortalecimiento de los Servicios de Salud (PFSS), el Proyecto 2000 (Py. 2000) y el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB), que se desarrollaron importantes acciones de capacitación al personal de salud en actividad. En la década de los 2000 el volumen de la cooperación y su destino a capacitación ha sido mucho menor. Una estimación realizada sobre los componentes de capacitación de los proyectos de cooperación internacional en los 2000 reveló son menores a las que se requiere.

---

56. Bustíos, Carlos 1998. Situación de la fuerza de trabajo médica en el Perú. Lima: Escuela Nacional de Salud Pública.



En realidad, el esfuerzo institucional más importante en cuanto a capacitación y actualización del personal de salud en el campo de recursos humanos ha sido la línea de formación sistemática de gestores de política de recursos humanos con el CIRHUS, curso primero latinoamericano, y luego replicado a nivel nacional con apoyo de la OPS, el Ministerio de Salud del Brasil, la Universidad de Río Grande do Norte de Brasil y la Universidad Peruana Cayetano Heredia. El MINSA está invirtiendo en ello y tiene previsto dos cohortes más. Este Curso de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos para la Salud ha sido promovido por la Coordinación Subregional Andina de la OPS y la cooperación internacional brasileña, y es importante como acción asociada a una profesionalización de la función de gestión de política pública, teniendo un carácter estratégico la especialización en el tema.

En cuanto al desarrollo de capacidades del personal en su conjunto, la DGRH plantea dos ejes de capacitación en servicio, el primero sobre gestión, sobre todo para las direcciones regionales de salud, y el segundo sobre atención integral, que debe involucrar a las universidades, pues el perfil de los egresados actual no permite, no facilita, trabajar en equipo. Los dos programas de formación que se vienen diseñando ya para asumir la capacitación del personal en servicio son el Programa de Educación en Gestión (PREG) y el Programa Nacional de Salud Familiar, que ya comenzó con un diplomado, involucrando a 250 participantes.

Asimismo, actualmente se está avanzando en el mapa de competencias, que a diferencia de antes, ya no se definen individualmente sino según la categoría de los establecimientos de salud. Los dos tipos críticos de establecimientos en las redes primarias son los clasificados como I-2 y I-4. En el I-2 hay un profesional general, y en el I-4 hay un equipo básico de salud, que debe resolver situaciones en el nivel de atención primaria. El objetivo del mapeo es identificar la brecha entre lo que se debiera hacer y lo que se hace, para establecer un plan de capacitación, así como un sistema de reconocimientos. El sistema de evaluación del desempeño estará también ligado a este trabajo previo, pero se culminará más adelante, por considerarse prioritario cerrar primero las brechas de disponibilidad y distribución.

De otro lado, falta fortalecer la coordinación entre las diferentes entidades del Estado encargadas del desarrollo de capacidades, en particular entre la Secretaría Nacional de Descentralización (SND) de la PCM y la Autoridad Nacional del Servicio Civil, pues ambas tienen actualmente el encargo del desarrollo de capacidades en el Estado. La SND lo tiene porque con el proceso de descentralización se hizo imprescindible un plan de desarrollo de capacidades para el personal de las municipalidades y de los nuevos gobiernos regionales, lo que motivó la formulación del Plan Nacional de Desarrollo de Capacidades, que tiene como eje

el fortalecimiento para la gestión de las funciones transferidas. Este plan tuvo un tiempo de formulación largo pero, finalmente se aprobó el 12 de enero del 2010 mediante el Decreto Supremo 004-2010-PCM. En el ínterin se instaló mediante el D.S. 002-2008-PCM, la Comisión Multisectorial para el Desarrollo de Capacidades en Gestión Pública de los Gobiernos Regionales y Locales, que ha venido capacitando a servidores del Estado. En el caso de SERVIR, el 21 de junio del 2008 se había emitido el Decreto Legislativo N° 1025, que aprueba las Normas de Capacitación y Rendimiento en el Sector Público, a cargo de dicha Autoridad Nacional del Servicio Civil. SERVIR tiene una de sus gerencias dedicada al tema, que cuenta con un fondo inicial de capacitación gestionado ante el MEF.

## 2.6. Régimen Laboral: Ley Marco de Empleo Público, Autoridad del Servicio Civil y CAS

Dado que en los 90 hubo un cambio de enfoque tendiente a soslayar el Servicio Civil y el reemplazo del sistema de nombramientos por el de contrataciones, en los años 2000 se han venido reconstruyendo las bases para la carrera pública, siendo el sector educación el que más ha avanzado en la implementación de la carrera pública magisterial. En salud se vienen sentando las bases actualmente para su diseño, planteando la Dirección General de Recursos que el primer paso será construir un sistema integrado de reclutamiento y selección, pues en la actualidad cada unidad ejecutora maneja su propio proceso de reclutamiento y selección conforme a sus criterios, planteándose que existan en el futuro concursos regionales e ingresos por orden de mérito.

Sin embargo, este tema del régimen de carrera trasciende el Sector Salud y viene siendo moldeado desde la Presidencia del Consejo de Ministros y el Ejecutivo de conjunto. En el Estado trabajan, según el Banco de Datos de Servidores Públicos del Estado, del Ministerio de Economía y Finanzas<sup>57</sup>, 1.372.742 personas, con un personal activo de 623.019 empleados y un total de 688.366 pensionistas. Estas cifras no incluyen a las empresas del FONAFE ni a los Gobiernos Locales. El Censo del MEF indicaba además que la mayor parte del personal activo estaba en los gobiernos regionales (314.836), pues en ellos se incluye al personal de educación y salud, y también estaba en otros sectores como el Sector Interior (94.645) que incluye al personal policial, el Sector Educación (92.176), el Sector Defensa (55.654) que incluye al personal de las Fuerzas Armadas y el Sector Salud (25.909, personal sólo de Lima).

El personal total del Sector Salud, que comprende a 160.000 trabajadores, y el casi 1.400.000 empleados públicos existentes, tienen múltiples regímenes la-

57. Ministerio de Economía y Finanzas 2008. Banco de Datos de Servidores Públicos del Estado, Resumen ejecutivo.

borales y salariales. La enorme mayoría de ellos, salvo 6.490 privados, deberían estar insertos en alguna estructura de carrera pública, por flexible que fuese. Pero el desorden administrativo de décadas ha heredado a la actualidad una situación compleja. La Dra. Nuria Esparch, Presidenta de la Autoridad Nacional del Servicio Civil (Servir), informaba en agosto del 2009 que había más de 30 formas de contratación en el Estado y 157 escalas de remuneración aprobadas por decreto supremo, sin contar las informales, notificando que no se tenía una cifra exacta sobre cuántos empleados públicos existían.

Dos estrategias se han puesto en marcha en esta primera década del nuevo siglo para poder retomar la carrera pública: la primera, una reforma tipo “*big bang*”, que intentó redefinir globalmente la política de Estado al respecto con una ley marco de carácter comprensivo, y la segunda, la que se sigue actualmente, que avanza en sentar las bases para una transformación general por etapas y medidas concretas. La primera estrategia se concretó en la Ley Marco de Empleo Público del 19 de febrero de 2004, y la segunda estrategia en la conformación de la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR) el 2008, con encargos concretos.

En el primer quinquenio de los años 2000 se dieron dos grandes marcos normativos: el de modernización del estado y el del empleo público. El 30 de enero del 2002 se emitió la Ley 27.658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, que plantea la problemática del empleo público como clave para la consecución de los objetivos de modernización del Estado. Posteriormente, el 19 de Febrero del 2004, se dio la Ley 28.175, Ley Marco del Empleo Público, que comprende la carrera administrativa del sector público y sus remuneraciones, plantea la unificación de los distintos regímenes laborales actualmente existentes en uno solo y define una estructura de clasificación del personal del Estado en grupos. Esta Ley Marco es una norma general, que dispuso el inicio de un cambio en el empleo público mediante nuevas leyes y reglamentaciones, tal como señala en su Segunda Disposición Transitoria, en que dio un plazo de 120 días a partir de la publicación de la Ley para que el Poder Ejecutivo remita al Congreso de la República propuestas legislativas sobre la Carrera del Servidor Público; el Régimen de los Funcionarios Públicos y Empleados de Confianza; la Ley del Sistema de Remuneraciones del Empleo Público; la Ley de Gestión del Empleo Público; y la Ley de Incompatibilidades y Responsabilidades.

La Ley Marco del Empleo Público entró en vigencia el 1º de enero del 2005 y sin embargo hasta la fecha —abril de 2010— no tiene aplicación. Requiere la aprobación de las normas complementarias antes citadas, que se encuentran todavía en procesamiento en el Congreso.

Ante este punto muerto de cuatro años, en que las leyes marco no se pueden operacionalizar, el Estado ha escogido otra ruta complementaria para proseguir la modernización y renovación del empleo público, con los dispositivos relacionados al Servicio Civil, a propósito de las atribuciones dadas al Ejecutivo por el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos. De esta forma, el 21 de junio de 2008 se emitió el Decreto Legislativo N° 1.023, que creó la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR). Hasta aquí no había un sistema ni una entidad rectora del sistema. El Decreto Legislativo 1023 establece el Sistema Administrativo de Recursos Humanos, compuesto por la autoridad que formula la política de recursos humanos en el sector público y las oficinas de recursos humanos de las entidades del sector público. Por otro lado encargó al nuevo sistema de recursos humanos funciones más allá de las tradicionales de personal, como las funciones de planificación, organización y distribución del trabajo, además de las de evaluación y seguimiento del rendimiento, compensación, desarrollo, relaciones humanas y resolución de controversias. El ámbito de competencia de SERVIR comprende a todo el Estado, incluidos los organismos autónomos del sector público y empresas del Estado, con excepción del personal de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional del Perú, de la Carrera Judicial del Poder Judicial y del Ministerio Público.

De otro lado creó el Tribunal del Servicio Civil como instancia final administrativa de controversias individuales, siendo sus resoluciones sólo impugnadas por la Corte Superior mediante proceso contencioso-administrativo. Antes la vía administrativa llegaba hasta la apelación en segunda instancia en la institución, ahora hay una instancia final externa a la institución. Las segundas instancias regionales solían sentar jurisprudencia en sus ámbitos, muchas veces interpretando la norma nacional a discreción y con repercusión nacional. Esto hacía incoherente el marco normativo efectivo. El 14 de enero del 2010 se aprobó el Reglamento del Tribunal del Servicio Civil (TSC), órgano que forma parte de la Autoridad Nacional del Servicio Civil —SERVIR—.

Además, el mismo 21 de junio del 2008, el Ejecutivo emitió el Decreto Legislativo N° 1.024 que crea el Cuerpo de Gerentes Públicos. Con esto desentramó el obstáculo que existía en el sector público para incorporar cuadros técnicos de buen nivel por las escalas remunerativas en el Estado. De esta manera SERVIR tiene como otro encargo el seleccionar personal calificado para la gestión pública, que debe ingresar por la modalidad de concurso para cubrir puestos clave y a los cuales se les otorgará remuneraciones especiales mayores a las que se aplican en cargos similares no declarados claves. Hasta el momento SERVIR ha lanzado ya dos convocatorias públicas, habiendo provisto de 70 gerentes públicos a diversas entidades del Estado, tanto del nivel central como regional.

Adicionalmente se emitió el Decreto Legislativo N° 1.025, que aprueba las Normas de Capacitación y Rendimiento en el Sector Público, también función de SERVIR. El dispositivo clasifica la capacitación en tres niveles: (a) de postgrado; (b) formación laboral; y (c) por actualización. Hasta aquí los postgrados no eran considerados capacitación sino formación. Se propone que la capacitación será desarrollada mediante programas a través de universidades e institutos, acreditados de acuerdo a lo que regule la autoridad de Servicio Civil. Menciona la necesidad de un fondo de financiamiento para la capacitación, sin mayor detalle. SERVIR estima en más de 200.000.000 de soles (75.000.000 de dólares) la inversión anual en capacitación por el Estado.

En cuanto a la evaluación del desempeño laboral, la norma plantea que ésta sea lo más objetiva posible y que su periodicidad sea no mayor de dos años. Dispone la evaluación como un proceso obligatorio, integral, sistemático y continuo de apreciación objetiva, que debe ser aplicado en función de factores mensurables, cuantificables y verificables; que debe abarcar a todo el personal al servicio del Estado, y debe realizarse con una periodicidad y con resultados que deben ser públicos y registrados ante la Autoridad. Se establece además, que como consecuencia de la evaluación, se debe orientar la concesión de estímulos y premios al personal al servicio del Estado, preferentemente a quienes hubieren sido calificados como personal de rendimiento distinguido, así como para el desarrollo de la línea de carrera y la determinación de la permanencia en la institución; por otro lado indica que la evaluación de deficiencia comprobada puede llevar a la pérdida de la estabilidad laboral. El Reglamento del Decreto Legislativo 1025 relacionado a capacitación y evaluación, se aprobó el 17 de enero del 2010 mediante Decreto Supremo 009-2010-PCM. SERVIR realizó, en noviembre del 2009, el primer piloto de evaluación tomando un diagnóstico de conocimientos a más de 10.000 servidores públicos relacionados con el Sistema Nacional de Inversión Pública.

Adicionalmente, el gobierno publicó el 28 de Junio del 2008 el Decreto Legislativo N° 1.057 por el cual crea un nuevo sistema de contrataciones, el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios (RECAS). Esta norma representa un viraje histórico en cuanto al sistema de contratación, pues suprime la modalidad de contratos bajo la forma de Servicios No Personales y establece un tipo de contratos con duración, horario y actividades a realizar, con la estipulación de la necesidad del registro ante ESSALUD y aportes al sistema provisional. Antes los SNP no tenían cobertura de ESSALUD ni protección del sistema de pensiones. Lo nuevo de los CAS es que es un régimen intermedio entre el régimen laboral público y la locación de servicios; en síntesis, un régimen flexible pero no siempre precario, una forma de quebrar parcialmente la formula de flexibilización con precarización de los 90. En este lapso todos los trabajadores con el régimen de SNP, bastante numerosos en el Sector Salud, han pasado a ser CAS.

Finalmente, un tema que ha atravesado la década ha sido la reposición de despedidos durante los 90, proceso que se inició con la Ley N° 27.487 del 09 de junio del 2001 y dispositivos siguientes. Ella permitió el proceso de revisión de los ceses colectivos por evaluaciones de personal, efectuados en la década pasada en aplicación del Decreto Ley N° 26.093. La norma del 2001 fue luego reglamentada con los D.S. N° 021-2001-TR y D.S. N° 022-2001-TR, derogándose el Decreto Ley N° 26.093 y autorizándose la conformación de comisiones especiales en los ministerios, encargadas de revisar los ceses colectivos en el sector público. Hasta el momento han sido cuatro las cohortes de despedidos que han sido repuestos.

## 2.7. Rectoría: De la ENSAP al IDREH y luego a la Dirección General de Recursos Humanos

El Perú ha estado en los últimos seis años a la búsqueda del mejor diseño institucional para la rectoría en el campo de los recursos humanos para la salud. Tal como fue planteado en el Informe País sobre Recursos Humanos llevado por el Perú a la reunión de Toronto en octubre del 2005, en el Perú, en los 90, aumentó la relativa ingobernabilidad de la formación en salud y la conflictividad laboral, por la multiplicación de entidades formadoras y la rebaja de salarios. Lo positivo de esta crisis de rectoría, sin embargo, es que el desorden originó una reacción que permitió la aparición de actores regulacionistas, generándose en 1999, como explicamos, la Comisión de Acreditación de Facultades de Medicina (CAFME), para controlar el incremento exponencial de Facultades de Medicina; ingresando la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) a la regulación también a fines de los noventa, con el examen de habilitación profesional que toma cada año; generándose luego en los años 2005-2006 el Sistema de Pregrado en Salud y el Sistema Nacional de Acreditación y Certificación. Para orientar y promover este proceso es que el Ministerio de Salud reorganizó dos veces su Unidad de Recursos Humanos, primero anulando la ENSAP y creando el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) y luego anulando el IDREH y generando la actual Dirección General de Recursos Humanos.

El Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) se fundó sobre los activos y pasivos de la Escuela Nacional de Salud Pública del Perú “Dr. Mario León Ugarte” (ENSAP), creada en 1963. Todos los estudiosos de la evolución de la salud en el Perú cuentan del importante rol que cumplió la Escuela en la producción de conocimientos y reproducción de material académico, especialmente en los campos de la Salud Pública y la planificación en salud, en sus décadas iniciales de vida. En ese entonces la Escuela cumplía todas las funciones del Estado prestador y, por tanto, era no sólo una entidad reguladora sino también proveedora de capacitación y de formación en salud. Es más, era más capacitadora que promotora de la investigación o reguladora de la actividad educativa o

laboral en salud. Sin embargo, ya en los años 80 vivía un lento declive. Cuando el enfoque de mercado se hizo hegemónico en los 90 en el gobierno peruano, la Escuela fue desmantelada de recursos y funciones, y no quedaron ni trazos de su origen y trayectoria original. La Escuela no se percató del cambio en los tiempos y prosiguió tratando de ser lo que ya no podía ni debía ser, una entidad organizadora de programas académicos cada vez más discutibles, sin asumir lo que le correspondía por ser función estratégica estatal: la regulación y la investigación de temas críticos para la toma de decisiones.

Mientras ella declinaba las universidades cubrían el país de postgrados en salud, hasta un punto en que la pérdida de legitimidad de la Escuela convocó al Ministro Eduardo Pretell del Gobierno de Transición a conformar mediante la Resolución Ministerial N° 106-2001-SA/DM, del 15 de febrero del 2001, una comisión sectorial encargada de formular la propuesta de reestructuración de la ENSAP. Fue en dicha comisión que se formuló la propuesta de creación de un instituto nacional, siguiendo el modelo mexicano del Instituto de Salud Pública de Cuernavaca, que incorporó la anterior Escuela de Salud Pública de México dentro de sus funciones priorizadas de investigación y desarrollo científico de frontera. El informe final de esta comisión de reestructuración fue elevado, en junio del 2001, al Ministro de Salud. Finalmente, en el año 2002, se creó el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, IDREH, sobre la base de la ENSAP, en un modelo diferente que el mexicano, si bien bajo la denominación de instituto y la característica organizacional de ser un organismo público descentralizado, autónomo en su manejo.

De esta manera, el Ministerio de Salud intentaba dotarse de una unidad orgánica que asumiese la responsabilidad de estructurar integralmente las políticas de recursos humanos, y entrar a abordar el difícil tema de la articulación de la docencia y los servicios en los establecimientos de salud. Si bien el IDREH fue creado el 2002, empezó prácticamente a funcionar en el año 2003 y de manera plena el 2004. Su organigrama dividió sus funciones en dos grandes áreas: la Dirección de Políticas y la Dirección de Formación y Perfeccionamiento. En la práctica todas las nuevas funciones, referidas a la formulación de políticas, el planeamiento estratégico de RHS y la regulación de la educación y gestión del trabajo, fueron agrupadas en la Dirección de Políticas, mientras las viejas funciones de formación directa y capacitación de la Escuela Nacional de Salud Pública, se agruparon en la Dirección de Formación y Perfeccionamiento, con lo cual se generó una bifurcación o dos lógicas institucionales, según cuentan los entrevistados.

En su corta vida, el IDREH fue sin embargo un gran articulador de las iniciativas que desde diferentes entidades del Sector Salud se generaron, un animador del proceso entre los años 2003 y 2006, hasta su liquidación en febrero del 2007. Con la participación de actores nacionales y regionales, oficializó los ocho Linea-

mientos de Políticas en RHS y definió un plan de implementación para las políticas similar al plan decenal planteado en Toronto en el 2006. Asimismo, emprendió un Estudio de las Prioridades de Especialización en Medicina, para orientar el Sistema Nacional de Residentado Médico. Propuso la creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES) como un espacio de regulación del acceso y la gestión de los campos clínicos. Y planteó que el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUM) asumiese criterios para la asignación de plazas en espacios de escaso desarrollo y gran pobreza, y fuese parte de un nuevo Servicio de Salud Comunitaria, consiguiendo que el Programa Juntos del Estado financie plazas para tres profesiones (medicina, enfermería y obstetricia) bajo la estrategia de formación de equipos de trabajo destinados a las provincias más lejanas del país. Asimismo, se planteó la formación del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME), para integrar todas las profesiones de salud y para instituir un sistema tripartito, con reguladores (Colegio Médico, ASPEFAM y MINSA), prestadores (MINSA, ESSA-LUD) y formadores (universidades), conformándose un comité nacional y comités regionales. Finalmente, el IDREH realizó el 1<sup>er</sup> Encuentro Nacional de RHS para el debate de las políticas de recursos humanos, realizado en noviembre del 2005, evento que contó con una serie de reuniones preparatorias a nivel regional y macrorregional. Parte de este proceso ascendente fue también la realización en Lima, en octubre del 2006, de la reunión regional de Observatorios de Recursos Humanos para la Salud.

El 13 de agosto de 2004 se firmó, y el 26 de agosto se publicó, la Resolución Ministerial N° 804-2004/MINSA que conformó el Comité de Pregrado en Medicina (COPREME). Este Comité surgió como iniciativa conjunta de ASPEFAM y el IDREH por generar un espacio de articulación del Ministerio de Salud con las facultades de Medicina. De acuerdo con lo contemplado en dicha resolución, este Comité está “encargado de la planificación, organización, monitoreo y evaluación del proceso de integración docencia-servicio e investigación en pregrado, entre los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y las universidades que cuentan con Facultades o Escuelas formadoras de Profesionales de medicina”. Si bien se formuló una propuesta de Reglamento del COPREME, en la práctica esta propuesta fue subsumida en lo que constituiría el Comité Nacional de Pregrado de Salud del SINAPRES.

La propuesta del Sistema Nacional de Articulación Docencia, Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES) representó un salto cualitativo con respecto al Comité de Pregrado de Medicina (COPREME) por incorporar una perspectiva integral, nacional y descentralizada en el abordaje de las relaciones entre el espacio de la formación y el de los servicios. En octubre del 2005 se publicó, en el Diario El Peruano, el Decreto Supremo N° 021-2005-SA



que creó el Sistema Nacional de Articulación Docencia, Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES). El Sistema fue definido como la instancia de articulación entre las instituciones formadoras de profesionales de la salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud del Ministerio de Salud y sus ámbitos geográfico-sanitario, con pleno respeto a la autonomía universitaria. En esta norma se estableció que el Comité de Pregrado de Medicina (COPREME), que había sido creado por Resolución Ministerial 804-2004/MINSA, se constituía como Subcomité de Pregrado de Medicina del SINAPRES; el comité fue llamado CONAPRES. La ceremonia de instalación del Comité Nacional de Pregrado de Salud (CONAPRES) se realizó en enero de 2006. Todo este sistema de regulación es el que estaba empezando a funcionar cuando la desaparición del IDREH interrumpió el proceso.

El IDREH fue puesto en cuestión como modelo organizacional de la autoridad sanitaria en el campo de recursos humanos, no a partir de su trayectoria y logros sino como fruto de disposiciones generales referidas a la reforma del Estado, emanadas desde el Ejecutivo entre noviembre del 2006 y febrero del 2007. El nuevo gobierno instalado en agosto del 2006 dispuso fusionar en menos organismos los 86 organismos públicos descentralizados y programas sociales que habían proliferado en la década de los 90, en razón de las duplicidades e ineficiencias que esto generaba. Para ello, el Decreto Supremo N° 080-2006-PCM, publicado el 4 de noviembre de 2006, dispuso actualizar el inventario de programas sociales y el establecimiento de lineamientos para su fusión, articulación y/o integración. Este inventario y propuesta de fusión y articulación se terminó en enero del 2007 y en menos de 30 días, entre febrero y marzo, comenzaron a emitirse los decretos supremos de fusiones de OPD, proceso inimaginable antes por la larga tradición de feudalización de las instituciones visible en el Perú.

De esta forma se dispuso entonces la fusión del IDREH en modalidad de absorción por el MINSA y dejó de existir el IDREH como Organismo Público Descentralizado, integrándose a los órganos de línea del Ministerio en una fórmula transitoria (Pliego Sectorial III) mientras se emitía el nuevo Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del MINSA. Durante poco más de un año se estuvo en esta situación provisional hasta que finalmente se generó una nueva dirección general como órgano de línea, con las funciones del ex IDREH además de la función de gestión del trabajo, que estaba en la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), tomando la denominación de Dirección General de Recursos Humanos, conservándose aparte la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, que se encarga de la política de personal. En la actualidad, el nuevo ROF contempla a esta Dirección General con dos subunidades, la de gestión del trabajo y la de gestión de la educación, siguiendo el modelo brasileño (SEGETES). Hace año y medio viene funcionando la nueva Dirección General. El mandato

que tiene es formular y conducir políticas nacionales y sectoriales en recursos humanos. La nueva Dirección General viene liderando los procesos de recursos humanos que hemos reseñado.

## 2.8. Coordinación Intergubernamental e Interinstitucional: Comité de Coordinación con las Diresas y el Rol de la Cooperación, en Particular de la OPS

En los últimos cuatro años el Estado peruano se ha descentralizado efectivamente, lo que ha supuesto una reorientación de las funciones del nivel central del MINSA y, por tanto, de todas sus Direcciones Generales. Esto viene implicando, para la actual Dirección General de Recursos Humanos del MINSA, un mayor trabajo de coordinación intergubernamental e interinstitucional.

Hasta octubre de 2009 fueron transferidas el 98% de las 4.810 funciones proyectadas, a los gobiernos regionales. Para eso se llevaron adelante los procesos para certificar, acreditar y mostrar efectividad, mediante los cuales se comprobaron las capacidades institucionales de los receptores de las transferencias y, en caso de que no existieran, se firmaron convenios marco intergubernamentales para que, en plazos fijados, pudiesen alcanzar las condiciones exigidas. Igualmente, el proceso de descentralización del presupuesto nacional ha avanzado: el presupuesto de los gobiernos regionales se ha incrementado en un 44,19% entre los años 2005 y 2008. Los fondos provenientes de la explotación de recursos naturales, vía canon y sobrecanon, han fortalecido notoriamente los recursos de los gobiernos regionales y locales. De otro lado, el 2008, mediante la Ley N° 29.125 se creó el Fondo de Promoción de la Inversión Regional y Local (FONIPREL), que ha implementado concursos de proyectos por un valor por 650.000.000 de soles (232.000.000 de dólares).

Esto ha abierto la necesidad de la coordinación intergubernamental entre el Gobierno Nacional, los gobiernos regionales y locales, y ha delimitado las funciones principales de las direcciones nacionales centrándolas en el diseño de políticas y el seguimiento de las mismas. Hoy las regiones están en capacidad de cambiar su organización en salud, sus redes, micro redes y crear otras instancias, según su visión, para reorganizar su sistema de prestaciones. La Ley Orgánica del Poder Ejecutivo contempla la instalación de un Comité de Coordinación Intergubernamental para hacer más fluidas las relaciones entre los niveles nacional, regional y local, pero hasta la fecha no se ha instalado. Esto ha obligado a que cada ministerio tome la iniciativa en la coordinación con las instancias subnacionales y así viene siendo en el caso del MINSA y de la Dirección de Recursos Humanos para la Salud, que coordina regularmente con las unidades respectivas en las Diresas. Para esto último se ha formado un comité presidido por el Ministro

de Salud e integrado por los directores generales y directores regionales en salud, en cuyas reuniones se toman acuerdos sobre temas críticos como los destaques, desplazamientos de personal, financiamiento y otros.

Por ahora son más sistemáticas las relaciones del nivel central del MINSA con las direcciones regionales, que las relaciones entre los ministerios y entidades públicas que se encargan del tema de recursos humanos del sector público. De esta forma, las coordinaciones entre el MINSA, SERVIR y el SINEACE no son todavía permanentes sino puntuales. Las coordinaciones entre el MINSA y el Ministerio de Economía para ver los temas de financiamiento de plazas se hacen a través de la Oficina General de Planificación y Presupuesto del MINSA. Igualmente las relaciones con la Gerencia de Recursos Humanos de ESSALUD son eventuales.

Lo evidente ahora, sin embargo, a diferencia de hace treinta años en que el Estado era el actor omnímodo, es que los actores sociales del campo de recursos humanos peruano se han multiplicado y ello obliga a profundizar las coordinaciones interinstitucionales e intergubernamentales para conseguir resultados. En el campo de recursos humanos para la salud actualmente tenemos a:

- Actores gubernamentales: MINSA - Dirección General de Recursos Humanos, Direcciones Regionales de Salud (DIREAS), SERVIR, Ministerio de Educación, PCM y Ministerio de Trabajo;
- Actores prestadores de servicios (y empleadores centrales): los servicios del Ministerio de Salud, de ESSALUD, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, entidades prestadoras de salud, EPS y clínicas privadas, principalmente;
- Actores formadores: destacan las múltiples facultades y escuelas de ciencias de la salud y las tres asociaciones nacionales con mayor actividad, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), Asociación Peruana de Facultades de Enfermería (ASPEFEEN) y la Asociación Peruana de Facultades de Obstetras (ASPEFOBTS). También los institutos superiores tecnológicos;
- Actores corporativos y gremiales: colegios profesionales y gremios, principalmente las organizaciones de médicos (Colegio Médico del Perú y Federación Médica Peruana), de enfermeras (Colegio de Enfermeros del Perú y Federación de Enfermeros del Perú) y de obstetras (Colegio de Obstetras del Perú);
- Sociedades científicas y grupos organizados de la sociedad civil (ONG, Foro Salud, sociedades especializadas, etc.); y
- Agencias de cooperación internacional y organismos íter países.

Este último tipo de actores —cooperación internacional y organismos ínter países— requiere un relieve especial, por la importancia que han tenido y tienen en el apoyo a la política de recursos humanos para la salud, en particular la OPS y su Coordinación Subregional Andina, con residencia en Lima.

Ésta ha marcado las actividades que en RHS se están haciendo en los países andinos y en particular en Perú. De particular importancia han sido las reuniones anuales de representantes de los países, promovida por la Coordinación Andina de OPS desde el año 2005, reuniones en que se debate y hace seguimiento de las líneas de trabajo, habiéndose formulado el Plan Andino de RHS. Este instrumento de gestión también ha sido presentado y aprobado en la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA-ORAS). Motorizados por la Coordinación Andina se han logrado avances con las siguientes iniciativas, entre muchas otras: (a) la construcción de capacidades con el curso CIRHUS, incorporado por las direcciones de RHS en tres de los seis países como estrategia para la formación de profesionales especializados en RHS. Los ministerios han puesto presupuesto regular para su desarrollo, elemento que dice de la importancia que se le da: Ecuador está en su primera cohorte, el PERÚ tiene en proyección dos cohortes más y Chile va por su tercera cohorte; (b) el monitoreo de los avances de los planes de RHS a través de la medición de las metas regionales de RHS, existiendo una buena base para armar planes direccionados a mejorar indicadores trazados alineados con la APS y la propuesta de sistemas de salud universales; (c) la incorporación del tema de las migraciones de profesionales, estando en marcha un estudio multicéntrico subregional y el debate de las políticas consiguientes; y (d) la construcción del Observatorio Andino de RHS, que expresa múltiples desarrollos además de constituir un sistema de información y análisis valioso. En síntesis, la agenda interpaíses ha movilizó a la subregión y ha tenido impacto en Perú, permitiendo el intercambio de experiencias, con lo que la calidad de las intervenciones y políticas de RHS en Perú se ha nutrido en forma importante.

Otra plataforma importante en el trabajo de recursos humanos, impulsado por el Organismo Andino de Salud, la CAN y OPS, viene siendo UNASUR, siendo el tema de recursos humanos un tema priorizado por este naciente organismo regional. UNASUR viene permitiendo movilizar recursos y voluntades en este tema en la región, asumiendo por primera vez los Directores de Recursos Humanos reuniones en el plano del protocolo internacional en su Comisión de RHS. A partir de este mes el Perú asume la Coordinación de la Comisión para el período 2010-2011.

### 3. Análisis, Reflexiones y Recomendaciones

- Ha habido un fuerte trabajo en el campo de recursos humanos para la salud en la década que está terminando. Hoy existe en el Perú una comunidad epistemológica en recursos humanos, esto es, una comunidad integrada por gestores, cooperantes e investigadores, comunidad que, por contraste, no existe en el campo de los servicios de salud; igualmente se ha desarrollado una línea de investigación y producción editorial, que sustenta el accionar y la política en recursos humanos; y se han obtenido logros en la realidad de los recursos humanos fruto de la implementación de ideas-fuerza e iniciativas que han logrado respaldo político y financiamiento.

Los integrantes de esta comunidad epistemológica ocupan eventualmente cargos de dirección, lo que hace que los gestores de universidades, investigadores o cooperantes a veces se conviertan en funcionarios, y viceversa. Ello ha establecido una articulación mínima entre teoría y praxis, si bien falta aún mucho por hacer por salir del estilo empirista y coyunturalista de conducción que prima en el sector salud peruano. Pero esto diferencia a este campo temático de otros en el MINSA, en que o no existe una conexión entre la comunidad de reflexión y los funcionarios, o éstos hacen su noviciado en el tema recién a partir de su designación en los cargos.

Esta relación entre gestores, cooperantes e investigadores es crucial, porque se necesita un efecto de distancia para la evaluación permanente, lo más objetiva posible, de la praxis de la gestión, y a su vez se necesita un involucramiento prudente de los cooperantes e investigadores en la acción para su no desfase de la realidad. La revisión de todo lo actuado en la década en recursos humanos para la salud recomienda fortalecer este triángulo entre gestores, cooperantes e investigadores, que ha sido importante para los avances dados. Este entrelazamiento se daba antes con el IDREH y en la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Nacional de Salud.

- Hay que enfatizar que cada vez que algún integrante de la comunidad epistemológica ha ocupado cargos claves en la conducción de la política de recursos humanos, se han obtenido mayores avances. Es el caso actual de la DGRH y de CONEAU. Y viceversa, cuando se colocan directores o funcionarios que no conocen el tema, sólo por criterios de confianza, se vuelve errático el sentido direccional, o se pierde tiempo precioso, o incluso se bloquean iniciativas importantes. Fue el caso de CAFME, cuyo auge se dio con sus dos primeros directores, decayendo en su tercera gestión, cuando se puso un asesor de confianza a la cabeza. Se reco-

mienda que ante cada cambio de ministro la cooperación internacional, que tiene una entrada neutral al tema, presente al nuevo ministro el campo temático y su comunidad actuante, promoviendo defender los avances y propiciar desarrollos.

- En una visión panorámica de la década se puede decir que hay dos tipos de logros o resultados: (a) los que ya son realidades; y (b) los que están en diseño o implementación inicial.

Si tuviéramos que resumir el tesoro de las palabras clave de la década en el campo de recursos humanos para la salud éstas han sido las siguientes: IDREH, Dirección General de Recursos Humanos (DGRH), mayor dotación, mejor distribución, SERUM transformado, CAFME precursor de la acreditación, CIRHUS capacidades para la gestión, nombramiento de despedidos, SERVIR Autoridad Nacional del Servicio Civil y CAS nuevo régimen de contratación. Es probable que existan algunas más, pero estas palabras-resumen no se refieren a proyectos por realizarse, sino a cambios efectivos que han marcado ya una huella en el devenir de los recursos humanos para la salud y dejarán una herencia a la siguiente década. Son el primer tipo de logros o resultados, los que ya son realidades.

Junto a estas palabras clave efectivas hay un número mucho mayor de ideas, perfiles y proyectos que están germinando o siendo trabajados o en proceso inicial aún, que son el segundo tipo de logros y han sido explicados antes: el programa PROSALUD para especialistas, la estructuración de la carrera sanitaria, la coordinación a establecerse entre la DGRH, SERVIR y SINEACE, la operación muy inicial aún del SINEACE-CONEAU para acreditación y certificación, el Programa de Educación en Gestión y el Programa de Salud Familiar, entre muchas otras iniciativas.

- Si se analiza de dónde partieron y cómo se procesaron las iniciativas realizadas en el campo de recursos humanos para la salud, se apreciará que las fuerzas motrices provinieron de diferentes puntos del Estado y tuvieron diferentes motivaciones.

El IDREH surgió en el gobierno de transición, el 2001, por la gravedad de la crisis crónica de la ENSAP, y fue un acierto porque dio relativa autonomía al campo y cerró un largo período de declinación de la anterior unidad orgánica de recursos humanos en el MINSA, la ENSAP.

La desaparición del IDREH el 2007 y constitución luego de la Dirección General de Recursos Humanos en el ROF del MINSA, partió de una iniciativa del Gobierno Central para disminuir el número de organismos públicos descentralizados el 2007, fue por tanto una iniciativa exógena al

Sector Salud, que tuvo dos años en el vacío a la Unidad de Recursos Humanos y que tuvo felizmente un final auspicioso.

La mayor dotación y mejor distribución de profesionales en provincias, con el SERUM transformado, nació de la experiencia del equipo que ha venido conduciendo el SERUM desde años antes y que encontró su ventana de oportunidad con el aseguramiento universal y su urgencia de más profesionales en los espacios alejados del país.

CAFME, precursor de la acreditación durante los años 1999-2006, surgió como respuesta a la multiplicación de facultades de medicina y si bien fue fruto de un frente muy amplio, la iniciativa la llevaron el Colegio Médico y las universidades que habían mantenido un nivel de calidad y sintieron que se estaba volviendo mediocre la formación médica.

El CIRHUS, curso para desarrollar capacidades para la gestión de recursos humanos para la salud, surgió del entrelazamiento de esfuerzos entre la Coordinación Subregional Andina de OPS y la cooperación brasileña.

El nombramiento de los despedidos de los 90 fue motorizado por la Federación Médica en el Sector Salud, si bien apoyándose en los nombramientos en todo el Estado a partir del año 2001, y se procesó desde el Ministerio de Trabajo y el Gabinete de Ministros y participación del MINSa.

La Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR) y el CAS o nuevo régimen de contratación en el Estado, surgieron por dispositivos del Ejecutivo, que formó previamente comisiones en el Ministerio de Trabajo y PCM para resolver los temas de carrera pública y régimen salarial.

- Se puede apreciar que los recursos humanos para la salud son moldeados desde adentro y desde afuera del Sector Salud, y que cuando se trata de una iniciativa desde fuera, no siempre el MINSa es consultado o participa, por lo que sus efectos no son siempre conscientes, produciéndose a veces daños colaterales o indeseados, caso de la eliminación del IDREH y dubitación sobre su reemplazo por buen tiempo, que restó fuerza al campo temático, y del CAFME, que se anuló sin reemplazo efectivo hasta ahora.

El repaso de temas visto en la década también muestra que la Unidad de Recursos Humanos se ocupa de los recursos humanos del MINSa, no de los recursos humanos para la salud en general, teniendo un ámbito o alcance institucional. Ello lleva a recomendar una mayor iniciativa extra-sectorial y sectorial de la Dirección General de Recursos Humanos. Se requiere una coordinación estrecha en el sector con ESSALUD, las sanidades militares y el sector privado, y fuera del sector, con SERVIR y

con el SINEACE, así como con el Ministerio de Trabajo y la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros. La coordinación actual con las DIREAS debe continuar y fortalecerse.

- El gran logro de la década es la expansión importante de los recursos humanos en el MINSA y ESSALUD y su redistribución hacia las zonas más pobres a través del SERUM transformado. Ello ha conllevado el aumento de la capacidad resolutoria de puestos y centros de salud y posibilitado la atención de poblaciones ancestralmente excluidas. Ello se ha logrado bajo el impulso de la idea fuerza de la gestión ministerial actual, del aseguramiento universal en salud. Pero ya el tema del SERUM y la redistribución de plazas se venía debatiendo, con iniciativas como la del Servicio Médico Comunitario y otras. Lo que quiere decir que la DGRH tiene que tener una cartera de proyectos o programas, en permanente lobby, a la búsqueda de ventanas de oportunidad.

Con la mayor inversión en infraestructura, equipamiento y recursos humanos se ha quebrado la paradoja o contraste que venía dándose en esta década en el Perú, entre un Sector Salud paralizado, en un contexto de auge económico. No se ha resuelto aún la brecha abierta en décadas, pero sí aminorado distancias.

- Uno de los desafíos centrales para la formulación de políticas, la conducción y planificación de recursos humanos para la salud en el Perú será diferenciar las necesidades de repotenciamiento y de reorientación y aprender a calibrarlas. No sólo se requieren más recursos humanos, sino otras políticas y prácticas de recursos humanos. El desfase del Sistema de Salud respecto al crecimiento de la demanda y la muy débil inversión en salud han puesto en el primer plano el repotenciamiento, pero se requiere también innovar la política de recursos humanos y el Sistema de Salud. Esto para que el logro central no sea un simple efecto espejo del crecimiento económico, dejando indemnes viejos problemas de ineficiencia, ineffectividad e insatisfacción laboral.

Los pilares implícitos de la política de recursos humanos durante los últimos años, se han venido basando en una mirada intra-MINSA, soslayando los agentes comunitarios en salud como recursos relevantes para el sistema, en una visión exclusiva de oferta, en el consentimiento de la multiplicación indiscriminada de la universidad y de la desarticulación entre docencia y servicios, en el abandono de la capacitación a los esfuerzos individuales de su personal, en la naturalización de la insatisfacción laboral, en la puesta en segundo plano de la gestión de la calidad, temas de agenda que o siguen indemnes o han sido tocados inicialmente. Se puede apreciar que se necesita ampliar la agenda de trabajo en el cam-



po de recursos humanos a aspectos, como el régimen de personal, el régimen salarial, el programa nacional de desarrollo de capacidades en salud, la promoción de una readecuación o reforma universitaria en salud, la construcción de un sistema de monitoreo y evaluación del desempeño, los sistemas de incentivos, el sistema de información sectorial, la investigación programática, entre algunos otros aspectos. Para ello es necesario reforzar la Unidad de Recursos Humanos, invertir en la plataforma institucional de rectoría en el campo temático.

- Se ha reflexionado siempre que las políticas de recursos humanos son políticas-medios que se definen en función de las políticas-fines, que son las de cada Sistema de Salud y sus servicios. De ahí que alguna vez se entendió la reforma en recursos humanos como una “reforma-parásito” de la reforma sistémica, utilizando los términos de Schneider. Ello —visto desde un ángulo— es totalmente cierto, pero llevado a extremos convierte en utilitaria la política de recursos humanos y lleva a la vieja fórmula de los años 90 en el Perú: aumentar el desempeño disminuyendo el desarrollo humano de los recursos humanos para la salud. Esto expandía la cobertura y bajaba los costos por unidad de producto, pero afectaba la gobernabilidad. El trabajo múltiple hoy sigue siendo el indicador expresivo del sobre-esfuerzo necesario al mantenimiento del viejo sistema. En ese sentido las políticas para los recursos humanos tienen una especificidad, también, respecto a las políticas de recursos humanos para los servicios, resumidos en el alineamiento. No sólo el sistema de salud tiene problema con sus recursos humanos, también los recursos humanos tienen problemas con el Sistema de Salud. Pese a que uno de los lemas caros en salud en el Perú es que se trata de “personas que atienden personas”, se ha perdido o desdibujado esta distinción sutil en el caso de los recursos humanos para la salud, pues en este caso los medios —las personas— son medios y fines y no laboran con entrega sin una motivación, que no necesariamente es material. La política de recursos humanos tiene también este encargo, que en la sociedad peruana hacen organizaciones como Ciudadanos al Día, premiando buenas prácticas, o gestiones carismáticas, construyendo proyectos compartidos.

## **Anexos.**

### **Cuadros de Totales de Recursos Humanos para la Salud, MINSA - 2009 y 2007**

*(a continuación)*

TOTAL DE RECURSOS HUMANOS, MINSA - 2009 (SEGÚN REGIÓN Y PROFESIÓN)

Profesión	Médico	Enfermera	Obstetra	Odontólogo	Biólogo	Ingeniero Sanitario	Nutricionista	Psicólogo	Químico Farmacéutico	Tecnólogo Médico	Veterinario	Trabajador Social	Otras profesiones asistenciales	Químico	Técnico Asistencial	Técnico Administrativo	Auxiliar Asistencial	Auxiliar Administrativo	Profesional Administrativo	Otros <sup>a</sup>	No específica	Total
Región Amazonas	180	187	186	32	22		8	9	10	14	2	8	1		802	200	61	102	39	31	4	1.898
Ancash	486	485	372	61	27	1	45	18	34	33	2	64	51	2	1.662	608	144	133	155	17	6	4.406
Apurímac	264	509	247	81	35		35	32	25	5	4	11	10		937	225	48	159	60	45	8	2.740
Arequipa	802	879	400	170	65		52	59	58		8	96	28	5	1.173	498	230	370	104	24	29	5.050
Ayacucho	305	612	379	89	92		13	18	36	1	4	38	30		1.226	341	59	71	89	11	1	3.415
Cajamarca	431	686	431	62	44		31	14	45	12	11	16	24	1	1.550	351	153	191	154	79	3	4.289
Callao	819	471	161	60	12		22	54	25	167		74	17	3	1.207	564	424	355	131	28	6	4.600
Cusco	531	701	380	90	77		18	23	24	2	1	20	77	10	1.276	516	54	163	72	23	13	4.081
Huancavelica	175	333	128	46	3		6	23	12	7	1	10	36	1	486	153	118	48	31	11	2	1.630
Huanuco	281	509	354	40	11		22	25	18	6	8	7	29		736	220	176	39	91	2	1	2.575
Ica	450	391	160	114	20		13	14	83	6	5	9	33	2	843	449	54	265	97	15		3.023
Junín	453	772	356	74	19		17	31	56	13	3	58	105	5	1.480	565	155	202	48	13		4.425
La Libertad	811	753	340	56	48	1	70	15	65	17	3	58	31	2	1.271	462	389	265	129	20	1	4.807
Lambayeque	413	358	251	40	49		28	9	20	34	8	17	9	2	897	334	170	372	96	9		3.116
Lima	8.209	6.518	2.242	848	171	12	303	532	549	922	30	676	372	19	11.700	7.955	3.292	3.273	1.322	327	84	49.356
Loreto	301	369	222	46	35		10	11	23	8	1	9	73	1	1.244	504	262	479	69	23	5	3.695
Madre De Dios	88	92	62	16	13		5	7	6	3		3			332	139	59	16	41		2	884
Moquegua	145	205	98	45	7		16	13	13	2	2	22	75	1	296	164	37	96	29	15		1.281

Continúa en la página siguiente...

Profesión												Total											
	Región	Médico	Enfermera	Obstetra	Odontólogo	Biólogo	Ingeniero Sanitario	Nutricionista	Psicólogo	Químico Farmacéutico	Tecnólogo Médico	Veterinario	Trabajador Social	Otras profesiones asistenciales	Químico	Técnico Asistencial	Técnico Administrativo	Auxiliar Asistencial	Auxiliar Administrativo	Profesional Administrativo	Otros <sup>a</sup>	No específica	
	Pasco	120	120	96	25	6		2	12	7	2		2	9		432	69	54	49	25	2	10	1.042
	Piura	614	470	375	84	32		18	20	22	21	2	17	46	1	2.019	617	237	287	179	21	27	5.109
	Puno	499	795	390	106	62		36	12	24	3	16	88	44		1.409	590	144	184	87	39	4	4.532
	San Martín	260	230	256	37	9		9	15	24	11	11	2	5		1.317	415	110	176	9	20	6	2.922
	Tacna	195	319	164	53	10		12	10	13	1	1	30	15	1	539	304	32	92	55	29		1.875
	Tumbes	117	101	81	18	3		7	7	8	6	1	6	31	3	270	113	136	33	59	1		1.001
	Ucayali	181	261	128	28	16	1	11	11	14	2	2	10	7		592	193	191	199	46	18		1.911
	<b>Total</b>	<b>17.130</b>	<b>17.126</b>	<b>8.259</b>	<b>2.321</b>	<b>888</b>	<b>15</b>	<b>809</b>	<b>994</b>	<b>1.224</b>	<b>1.298</b>	<b>126</b>	<b>1.351</b>	<b>1.158</b>	<b>59</b>	<b>35.696</b>	<b>16.549</b>	<b>6.789</b>	<b>7.619</b>	<b>3.217</b>	<b>823</b>	<b>212</b>	<b>123.663</b>

Nota: Incluye a administrativos sede del Ministerio, DIRESA, DJSA, Redes, SERUMS remunerado.

a. Ministerio, Viceministerio, directores, gerentes, jefes y asesores.

Fuente: Base de Datos Nacional de Recursos Humanos, 2009, MINSA. Elaborado por el Observatorio de Recursos Humanos —DGGDRH-MINSA—.

**TOTAL DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD, MINSA - 2009  
(SEGÚN REGIÓN Y CONDICIÓN LABORAL)**

Condición Laboral Región	Nombrado	Destacado	Contratado 276	Contratado 728	CAS	Otros <sup>a</sup>	SERUMS 2008-II remunerado	SERUMS 2009-I remunerado	No especifica	Total
Amazonas	631	15	89	105	891	16	52	98	1	1.898
Ancash	2.667	176	94	118	1.075	45	40	183	8	4.406
Apurímac	1.065	46	79	136	985	30	72	325	2	2.740
Arequipa	2.623	92	219	588	460	889	53	121	5	5.050
Ayacucho	1.852	23	198	69	953	10	32	278		3.415
Cajamarca	1.733	28	71	392	1.688	23	77	269	8	4.289
Callao	2.453	108		13	1.818	171	6	8	23	4.600
Cusco	2.181	134	69	94	1.346	40	60	145	12	4.081
Huancavelica	668	135	140	5	335	1	24	320	2	1.630
Huanuco	1.139	152	55	253	746	0	43	173	14	2.575
Ica	2.140	37	106	159	330	79	71	99	2	3.023
Junín	2.943	30	71	83	1.033	4	76	182	3	4.425
La Libertad	2.636	93	204	142	1.482	25	41	184		4.807
Lambayeque	1.679	54	26	8	485	741	22	101		3.116
Lima	29.695	792	138	61	17.918	636	37	62	17	49.356
Loreto	1.831	27	38	199	1.454	1	34	105	6	3.695
Madre De Dios	408	3	120	158	138	1	13	43		884
Moquegua	783	9	56	152	200	2	16	63		1.281
Pasco	497	5	45	58	317	7	20	90	3	1.042
Piura	2.258	325	197	258	1.704	37	60	197	73	5.109
Puno	2.901	43	139	95	1.043	27	48	223	13	4.532
San Martín	1.706	31	21	155	765	59	46	128	11	2.922
Tacna	1.062	21	18	348	359	6	10	51		1.875
Tumbes	514	8	63		347		18	51		1.001
Ucayali	1.026	1	54		729		26	75		1.711
<b>Total</b>	<b>69.091</b>	<b>2.388</b>	<b>2.310</b>	<b>3.649</b>	<b>38.601</b>	<b>2.850</b>	<b>997</b>	<b>3.574</b>	<b>203</b>	<b>123.663</b>

Nota: Incluye administrativos sede del Ministerio, DIRESA, DISA, Redes; SERUMS remunerado.

a. Ministerio, Viceministerio, directores, gerentes, jefes y asesores.

Fuente: Base de Datos Nacional de Recursos Humanos, 2009, MINSA.

RECURSOS HUMANOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, MINSA - 2009  
(SEGÚN CATEGORÍA)

Solo MINSA					
Categoría del EESS	Médico	Enfermera	Obstetra	Odontólogo	Técnico Asistencial
I-1	94	2.001	1.292	43	5.325
I-2	1.611	1.526	1.312	371	3.286
I-3	2.300	1.729	1.585	827	5.799
I-4	1.367	1.077	1.070	377	3.597
II-1	1.578	1.717	78	165	4.146
II-2	1.820	2.044	57	114	3.640
III-1	4.263	3.870	50	102	6.189
III-2	1.070	1.403	19	36	2.176
Sin categoría	10	119	73	10	279
<b>Total</b>	<b>15.054</b>	<b>15.486</b>	<b>7.390</b>	<b>2.045</b>	<b>34.437</b>

Nota: Incluye SERUMS 2008-II y 2009-I.

Fuente: Base de Datos Nacional de Recursos Humanos, 2009, ONRHUS - DGGDRH - MINSA. Elaborado por el Observatorio de Recursos Humanos, DGGDRH - MINSA.

RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD POR REGIONES, MINSA - 2007  
(SEGÚN PROFESIÓN)

Profesión \ Región	Médico	Enfermera	Obstetra	Odontólogo	Biólogo	Ingeniero Sanitario	Nutricionista	Psicólogo	Químico Farmacéutico	Tecnólogo Médico	Veterinario	Trabajador Social
Amazonas	181	188	165	34	12		11	9	9	12	1	6
Ancash	459	503	355	69	19	1	44	17	28	22	3	52
Apurímac	262	386	251	88	20	1	19	7	32	3	2	13
Arequipa	903	1.053	494	197	69		55	69	50	18	6	98
Ayacucho	283	451	353	85	84		14	15	48		7	39
Cajamarca	457	648	390	53	23		19	11	22	18	11	13
Callao	679	360	85	41	3		13	40	18	148	2	62
Cusco	505	701	389	130	69		15	28	34	1	2	4
Huancavelica	225	271	234	69	8		4	7	9	4	1	11
Huanuco	286	436	302	44	3		9	14	10	9	6	5
Ica	475	347	153	109	12		8	8	75	3	6	9
Junín	396	630	215	65	11	1	17	19	18	8	1	32
La Libertad	755	568	272	56	44		60	17	46			39
Lambayeque	402	327	239	51	39		21	4	18	20	4	7
Lima	6.031	4.135	1.123	407	99		168	279	234	653	31	491
Loreto	309	336	176	55	40		12	10	22	5	2	9
Madre De Dios	81	84	48	18	5		4	4	4	2	1	3
Moquegua	130	184	115	47	8		10	14	6	3	2	21
Pasco	116	116	88	28	2		9	11	9	7	1	4
Piura	520	349	420	85	19		24	16	22	15	4	10
Puno	525	751	353	77	36		26	9	21	3	20	74
San Martín	244	206	242	38	4	1	7	4	25	5	12	2
Tacna	192	318	158	60	19		6	7	8	2	1	24
Tumbes	99	104	88	23	4		8	3	5	2	2	5
Ucayali	174	244	124	30	11		7	6	9	3	2	4
<b>Total</b>	<b>14.689</b>	<b>13.696</b>	<b>6.837</b>	<b>1.959</b>	<b>663</b>	<b>4</b>	<b>580</b>	<b>628</b>	<b>782</b>	<b>966</b>	<b>130</b>	<b>1.037</b>

Fuente:

1. Información del Censo de DISA y DIREAS - 2007.
2. Información remitida por la Gerencia Central de Recursos Humanos para la Salud - 2007.
3. Registro de Empresas y Entidades Vinculadas de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS-2006).
4. Información publicación "El Perú respondiendo a los desafíos de la década de los recursos humanos para la salud", pág. 28 (2005).

# Anexo 1: Agenda del Taller

---

## **PLANES DE RECURSOS HUMANOS Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: LOS DESAFÍOS DE LA COORDINACIÓN INTER-SECTORIAL Y SOCIAL**

**Taller Organizado por la Alianza Global en Pro del Personal Sanitario (GHWA) y la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud en Colaboración con los Ministerios de Salud de El Salvador y Brasil**

**San Salvador, El Salvador  
4-6 de mayo 2010**

### **Objetivos**

1. Analizar la situación del desarrollo de los planes de recursos humanos dentro de la transformación de los sistemas de salud hacia la renovación de la atención primaria y la integración de los servicios.
2. Identificar los temas prioritarios de una agenda de trabajo entre el sector salud y los sectores de finanzas, trabajo y educación, para el desarrollo de los planes de recursos humanos.
3. Caracterizar las prácticas de relación entre los Ministerios de Salud y sus contrapartes en Finanzas, Trabajo y Educación en la construcción de viabilidad de los planes de recursos humanos.
4. Identificar los principales aciertos y problemas, caracterizar las buenas prácticas y formular recomendaciones para el fortalecimiento del trabajo inter-sectorial en el desarrollo de los planes y de la coordinación con actores sociales interesados.

## Programa Preliminar

Martes, 4 de mayo del 2010

Horario	Sesión	Moderador
7:30 - 8:30	<b>Inscripción de los participantes y entrega de documentación</b>	
8:30 - 9:00	<b>Ceremonia de apertura</b> <i>José Ruales, PWR/ELS</i> <i>José Luis DiFabio, Gerente, OPS</i> <i>Francisco Campos, GHWA</i> <i>María Isabel Rodríguez, Ministra de Salud, ELS</i>	Maestra de Ceremonia: <i>María Teresa Escalona</i>
9:00 - 9:20	<b>Presentación del programa y de la organización del taller</b> <b>Presentación de las delegaciones y de los participantes</b> <i>Charles Godue, OPS</i>	
9:20 - 9:45	<b>El desarrollo de planes de recursos humanos para la salud en la Región de las Américas</b> <i>Charles Godue, OPS</i>	
9:45 - 10:30	<b>La Declaración de Kampala y la 2<sup>da</sup> Conferencia Mundial de Recursos Humanos en Salud</b> <i>Francisco Campos, GHWA</i>	
10:30 - 11:00	Descanso	
11:00 - 12:00	<b>Construyendo la esperanza: la transformación del sistema de salud y las políticas de recursos humanos en El Salvador</b> <i>María Isabel Rodríguez, Ministra de Salud</i>	<i>José Ruales, OPS</i>
12:00 - 12:30	<b>Las políticas de recursos humanos y la transformación de los sistemas de salud</b> <i>Guillermo Enrique Echeverría Peralta, Viceministro de Salud, Guatemala</i>	
12:30 - 2:00	Almuerzo	
2:00 - 4:00	<b>Las políticas de recursos humanos y la transformación de los sistemas de salud</b> <i>Nila Heredia, Viceministra de Salud y Promoción, Bolivia</i> <i>Manuel Núñez, Ministerio de Salud, Perú</i> <i>Francisco Campos, Ministerio de Salud, Brasil</i>	<i>José Luis DiFabio, OPS</i>
4:00 - 4:30	Descanso	
4:30 - 5:30	<b>Las políticas de recursos humanos y la transformación de los sistemas de salud</b> <i>Edgar Daniel Gimenez Caballero, Viceministro de Salud, Paraguay</i> <i>Javier Rodolfo Pastor Vásquez, Subsecretario de Política Sectorial, Honduras</i>	<i>Norbert Dreesch, OMS</i>
5:30 - 6:00	<b>Reflexiones críticas sobre los avances y desafíos de las políticas de recursos humanos para la transformación de los sistemas de salud</b> <i>Pedro Brito y Hugo Mercer</i>	



Miércoles, 5 de mayo del 2010

Horario	Sesión	Moderador
8:30 - 9:00	<p><b>La colaboración y coordinación entre sectores y actores: introducción a las actividades del día</b></p> <p><i>Hirotsugu Aiga y Carlos Rosales</i></p>	
9:30 - 11:30	<p><b>La coordinación intersectorial para el desarrollo de planes de recursos humanos: hacia la cobertura universal y la renovación de la APS: la experiencia de El Salvador</b></p> <p><i>María Isabel Rodríguez, Ministra de Salud</i>  <i>Carlos Enrique Cáceres Chávez, Ministro de Hacienda</i>  <i>Victoria Marina de Aviles, Ministra de Trabajo y Previsión Social</i>  <i>Salvador Sánchez Ceren, Ministro de Educación y Vicepresidente ad honorem de la República de El Salvador</i></p>	<p><i>José Ruales, OPS</i></p>
10:30 - 11:00	Descanso	
11:00 - 12:30	<p><b>La coordinación intersectorial para el desarrollo de planes de recursos humanos: la experiencia de Brasil</b></p> <p><i>Francisco Eduardo de Campos, Ministerio de Salud</i>  <i>Jeanne Liliane Marlene Michel, Ministerio de Educación</i>  <i>María Emilia Piccinini Veras, Ministerio de Trabajo y Empleo</i>  <i>María Gabriela Moya Gannuny El Bayeh, Ministerio de Planificación y Presupuesto</i></p>	<p><i>Judith Sullivan, OPS</i></p>
12:30 - 2:00	Almuerzo	
2:00 - 3:30	<p><b>La coordinación intersectorial para el desarrollo de planes de recursos humanos: la experiencia de Perú</b></p> <p><i>Manuel Núñez, Ministerio de Salud</i>  <i>Víctor Bocangel Pucila, Dirección Nacional de Presupuesto</i>  <i>Nuria Esparch, Autoridad Nacional de Servicio Civil</i>  <i>Víctor Carrasco Cortez, CONEAU</i></p>	<p><i>Mónica Padilla, OPS</i></p>
3:30 - 4:00	Descanso	
4:00 - 6:00	<p><b>Construyendo una agenda temática para la cooperación entre sectores y actores en el desarrollo de planes de recursos humanos</b></p> <p><b>Trabajo de grupo</b></p> <p><u>Grupo 1:</u> Financiamiento  Facilitadores: <i>Rubén Suárez y Hernán Sepúlveda</i></p> <p><u>Grupo 2:</u> Trabajo  Facilitadores: <i>Carlos Rosales y María Helena Machado</i></p> <p><u>Grupo 3:</u> Educación  Facilitadores: <i>Rosa María Borrell y Ana Estela Haddad</i></p>	

Horario	Sesión	Moderador
4:30 - 5:30	<b>Las políticas de recursos humanos y la transformación de los sistemas de salud</b> <i>Edgar Daniel Gimenez Caballero, Viceministro de Salud, Paraguay</i> <i>Javier Rodolfo Pastor Vásquez, Subsecretario de Política Sectorial, Honduras</i>	Norbert Dreesch, OMS
5:30 - 6:00	<b>Reflexiones críticas sobre los avances y desafíos de las políticas de recursos humanos para la transformación de los sistemas de salud</b> <i>Pedro Brito y Hugo Mercer</i>	

### Jueves, 6 de mayo del 2010

Horario	Sesión	Moderador
8:30 - 10:00	<b>Resultados del trabajo de grupo y discusión</b>	Rubén Suárez, OPS
10:00 - 10:30	<b>Reflexión sobre los principales hallazgos de los estudios de país</b> <i>Hugo Mercer y Carlos Rosales</i>	
10:30 - 11:00	Descanso	
11:00 - 12:30	<b>La perspectiva de actores no-gubernamentales</b> <i>Zoila Annette Morales de Fortín, Comisión Interinstitucional del Sector Académico y Sector Salud, Decana de Ciencias Médicas y de la Salud, Universidad Mariano Gálvez, Guatemala</i> <i>Aída Máxima Robles Di Benedetto, Diputada nacional, Paraguay</i> <i>Mourad Ibrahim Belaciano, Asociación Brasileña de Educación Médica</i>	Eduardo Espinoza, Ministerio de Salud de El Salvador
12:30 - 2:00	Almuerzo	
2:00 - 3:30	<b>La planificación de recursos humanos para la salud: desafíos y perspectivas de acción</b> <i>Pedro Brito</i> Comentarios: <i>María Isabel Rodríguez</i> <i>Edgar Daniel Jiménez Caballero</i> <i>Nila Heredia</i> <i>Manuel Núñez</i>	
3:30 - 3:45	<b>La Declaración de El Salvador</b>	
3:45 - 4:00	<b>Actividades de cierre</b> <i>José Ruales, María Isabel Rodríguez y Francisco Campos</i>	

# Anexo 2:

## Lista de Participantes del Taller

---

### **BOLIVIA**

#### ***Nila Heredia***

Viceministra de Salud y Promoción  
Ministerio e Salud y Deportes  
Plaza del Estudiante s/n  
Bolivia  
Tel: (591-2) 249-2848  
Email: nheridiam@gmail.com

#### ***Julio Alberto Núñez Vela***

Secretario Nacional de Extensión  
Universitaria y Participación Social  
Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana  
Avenida Arce # 2606 esquina Pinilla  
Bolivia  
Teléfono: (591-2) 243-5258  
Email: julionunezvela@hotmail.com

#### ***Filomeno Enríquez***

Director General de Previsión  
Social  
Ministerio de Trabajo, Empleo y  
Previsión Social  
Calle Yanacocha esquina Mercado s/n  
Teléfono: (591-2) 240-9808  
Bolivia  
Email: fiendo@hotmail.com

#### ***Armando Terrazas***

Asesor despacho Ministro  
Ministerio de Educación  
Av. Arce  
Bolivia  
Email: armando\_tecal@yahoo.com

### **BRASIL**

#### ***Francisco Eduardo de Campos***

Secretario de Gestão do Trabalho e da  
Educação na Saúde  
Secretaria de Gestão do Trabalho e da  
Educação na Saúde/Ministério da  
Saúde  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, sala  
705- Brasília- DF, Brasil  
Tel: (61) 3315-2224  
Email: camposfr@gmail.com  
francisco.campos@saude.gov

#### ***Ana Estela Haddad***

Diretora de Gestão da Educação na Saúde  
Ministério da Saúde  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, sala  
717- Brasília- DF- CEP 70058900  
Brasil  
Tel: (61) 33153848  
Email: ana.haddad@saude.gov.br

#### ***Maria Helena Machado de Souza***

Diretora do Departamento de Gestão e  
da Regulação do Trabalho em Saúde  
Ministério da Saúde do Brasil  
Esplanada dos Ministérios - Edifício  
Sede do ministério da Saúde- Bloco  
"G"- 7 andar-sala 751- Brasília- DFCEP  
70058 900, Brasil  
Tel: (61) 3315-3767  
(61) 3315-2550  
Email: helenamachado@saude.gov.br  
helenamachado@uol.com.br

#### ***Roberto Esteves***

Consultor  
Secretaria de Gestão del Trabajo y de la  
Educación en Salud (SGTES)  
Ministerio de Salud  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, sala  
704- Brasília –DF,Brasil  
Tel: (61) 3315-3283  
(61) 8118-5401  
Email: resteves.sgtes@gmail.com  
roberto.esteves@saude.gov.br

#### ***Maria Emilia Piccinini Veras***

Coordenadora Geral de Estatísticas do  
Trabalho  
Ministério do Trabalho e Emprego  
Esplanada dos Ministérios B1 F anexo B  
sala 211- Brasília- DF- CEP 70059900, Brasil  
Tel: (61) 3317-6667/6136  
Email: emilia.veras@mte.gov.br  
emiliapveras@gmail.com

**Jeanne Liliane Marlene Michel**

Coordenadora-General de Residencias em Saude/Secretaria de Educacao Superior  
Ministerio Da Educacion  
Esplanada dos Ministerio, Bloc L anexo 4 andar  
sla 400-CEP 70047-900  
Brasilia, DF  
Teléfono: 61 2022-80002  
Celular: 9943-3856  
Email: emilia.veras@mte.gov.br  
emiliapveras@gmail.com

**Maria Gabriela Moya Gannuny El Bayer**

Secretaria de Recursos Humanos  
Ministerio do Planejamento E Orcamento  
Bloco K, 6 andar-gabinete  
SE-CEP. 70040.906  
Brasilia, DF  
Teléfonofono: 61-2020-1114  
Email: maria.bayeh@planejamento.gov.br

**Hugo Mercer**

Argentina  
Email: hugo.mercer@gmail.com

**Mourad Ibrahim Belaciano**

mourad@saude.df.gov.br

**Maria Thereza Almeida**

Email: maritunes@elogica.com.br

**Wellington Moreira Mello**

Email: lepemello@hotmail.com

## ECUADOR

**Gustavo Vega**

Presidente  
Consejo Nacional de Educación Superior  
Whymper E7-37  
Ecuador  
Teléfono: (59) 3-2256-4825  
Email: gvega@conesup.edu.ec  
amtorres@conesup.edu.ec

**Víctor Rubén Tobar Horna**

Coordinador de Directrices y Políticas  
Presupuestarias  
Ministerio de Finanzas  
Av. 10 de Agosto N16-21 y Jorge  
Washington  
Ecuador  
Teléfono: (59) 3-0229-09070  
Email: rtobar@mef.gov.ec

## EL SALVADOR

**María Isabel Rodríguez**

Ministra de Salud  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Calle Arce #827, San Salvador  
El Salvador  
Teléfono: 2205-7335  
Email: mirsalva2@gmail.com

**Jorge Alberto Ramírez Díaz**

Asistente Ejecutivo Ministra de Salud  
Ministerio de Salud Pública  
San Salvador, El Salvador  
Teléfono: 503-2205-7379  
Email: jdiaz@msp.gov.sv

**Eduardo Antonio Espinoza Fiallos**

Viceministro de Políticas de Salud  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Calle Arce #827, San Salvador  
El Salvador  
Teléfono: 2205-7332  
Email: porsiviajo@yahoo.com

**Erlinda Handal Vega**

Viceministra de Ciencia y Tecnología  
Ministerio de Educación  
El Salvador  
Teléfono: 2510-6352  
Email: consuelo.hernandez@mined.gob.sv

**Glenda Cedy Buendía Flores**

Directora de Recursos Humanos  
Ministerio de Hacienda  
Edificio Ministerio de Hacienda, Blvd.  
Los Heroes No. 1231, San Salvador  
El Salvador  
Teléfono: 2244-6410  
Email: glenda.buendia@mh.gob.sv

**María Argelia Dubón**

Directora Primer Nivel Atención  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Calle Arce #827, San Salvador  
El Salvador  
Teléfono: 2205-7212  
Email: adubon@msp.gov.sv  
argeliadubone@yahoo.es

**María Ángela Elías Marroquín**

Directora de Desarrollo de Recursos Humanos  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Calle Arce #827,  
San Salvador, El Salvador  
Teléfono: 2205-7226  
Email: angelamery2002@yahoo.com  
melias@msp.gov.sv

**José Francisco Marroquí**

Director Nacional de Educación  
Superior  
Ministerio de Educación  
El Salvador  
Teléfono: 2510-2204  
Email: jose.marroquin@mined.gob.sv

**Oscar Julio Robles Ticas**

Director Nacional de Hospitales  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia  
Social  
Calle Arce #827, San Salvador  
El Salvador  
Teléfono: 2205-7336  
Email: roblesticas@yahoo.com

**Roxana María Castro de León**

Subdirectora de Relaciones Internacionales del  
Trabajo  
Ministerio de Trabajo y Previsión Social  
El Salvador  
Email: Roxana maria castro@yahoo.com  
mgarcia@mtps.gob.sv

**José Mauricio Pineda**

Gerente General de Operaciones  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia  
Social  
Calle Arce #827, San Salvador  
El Salvador  
Teléfono: 2205-7149  
Email: jmpineda@mispas.gob.sv

**Fátima Valle de Zuniga**

Decana Facultad de Medicina  
Universidad de El Salvador  
Ciudad Universitaria, Avenida "Mártires  
Estudiantes del 30 de Julio"  
El Salvador  
Teléfono: 7860-4435  
Email: ues\_zunigs@yahoo.com.mx

**Laura Nervi**

Asesora Despacho de Cooperación  
Internacional  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia  
Social  
Calle Arce #827, San Salvador  
El Salvador  
Teléfono: 2205-7187  
Email: lnervi@mispas.gob.sv

**Issa María Funes Corpeno**

Colaboradora de Recursos Humanos  
Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos  
Alameda Juan Pablo II 17 Av. Norte Plan  
Maestro, Cto. Gobierno  
San Salvador, El Salvador  
Teléfono: 503 2259 3756  
Email: ifunes@mtps.gob.sv

**Veronica Villalta**

San Salvador, El Salvador  
Email: veronicavillalta@fosalud.gob.sv

**Agustín Rodríguez**

San Salvador, El Salvador  
Violeta Menjivar  
San Salvador, El Salvador  
Jenny García  
Ministerio de Trabajo  
Email: Jenny\_0803@hotmail.com

**GUATEMALA****Guillermo Enrique Echeverría Peralta**

Viceministro Administrativo  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia  
Social  
6ta Ave. 3-45, zona 11  
Guatemala  
Teléfono: (502) 2440-0480  
Email: gmoeche@yahoo.com.mx  
vmsalud.castellanos@gmail.com

**Luis Enrique Castañeda Quan**

Subdirector  
Oficina Nacional de Servicio Civil  
13 calle 6-77 zona 1 Edificio  
Panamericano Ciudad de Guatemala  
Guatemala  
Teléfono: 2321-4800 Ext. 107  
Email: luisenricast@hotmail.com

**Zoila Annette Morales de Fortín**

Decana Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud  
Universidad Mariano Gálvez  
3ª. Ave 9-00 zona 2  
Interior Finca El  
Zapote Ciudad de Guatemala  
Guatemala  
Tel: 2411-1800 Ext. 1319  
Email: adefortin@umg.edu.gt

**Edgar Rolando Cuyún Bustamante**

Asesor Jurídico de la Dirección de  
Recursos Humanos  
Ministerio de Salud  
6ta Ave. 3-45 zona 11 oficina 55,  
Ciudad de Guatemala  
Guatemala  
Tel: 2440-00506  
Email: rolandocuyun@yahoo.es

**Ingrid Rossana Valenzuela**

Asesora Despacho Viceministerial  
Administrativo  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
6ª Ave 3-45, zona 11  
Guatemala  
Tel: (502) 2440-0480  
(502)5000-1752  
Email: rovalen@gmail.com  
vmsalud.castellanos@gmail.com

**Héctor Antonio Coy Copín**

Analista de presupuesto de Salud  
Ministerio de Finanzas Públicas  
Edificio de Finanzas 8va Ave.  
20-65 Zona 1  
Centro Cívico Guatemala Nivel 17  
Guatemala  
Tel: (502) 2248-5050  
Email: hcoy@minfin.gob.gt

**Cesar Augusto González Luna**

Coordinador de Fortalecimiento de  
Procesos de Administración en la  
Dirección de Recursos Humanos  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
6ta Ave. 3-45 zona 11  
Ciudad de Guatemala, Guatemala  
Tel: 2440-00506  
Email: cagluna@hotmail.com

**Edgar Enrique Chávez Barillas**

Vocal Primero Junta Directiva  
Colegio de Médicos y Cirujanos de  
Guatemala, 0 calle 15-46  
Zona 15 Colonia el Maestro  
Guatemala  
Tel: 2369-4049  
Email: kikecheb@gmail.com

**Honduras**

Javier Rodolfo Pastor Vásquez  
Médico Especialista en Ortopedia  
Sub Secretario de Política Sectorial  
Secretaría de Salud, Honduras  
Barrio el Centro, Contiguo al Correo  
Nacional, Tegucigalpa, M.D.C.  
Honduras  
Tel: (540) 238-2834  
Email: sspoliticasesectorial@gmail.com

**Jacobo Arguello**

Jefe Departamento Desarrollo de  
Recursos Humanos  
Secretaría de Salud  
Barrio El Jasmín, contiguo al Correo  
Nacional, Tegucigalpa  
Honduras  
Tel: (504) 2223-894  
(504) 9505-0024  
Email: drhsalud@gmail.com

**Ricardo Mondragón**

Asistente del Director  
Dirección General de Servicio Civil  
Edificio Secretaría de la Presidencia,  
Frente a Casa Presidencial,  
Tegucigalpa, Honduras  
Teléfono: (504) 231-0636  
(504) 231-0622  
Email: ricamondra@yahoo.com

**Rutilia del Socorro Calderón Padilla**

Doctora en Medicina y Cirugía- Vicerrectora  
Académica Universidad  
Nacional Autónoma de Honduras  
Ciudad Universitaria "Jose Trinidad  
Reyes" Bulevar Suyapa,  
Tegucigalpa, Honduras  
Tel: (504) 239-5363  
Email: rutiliacalderon@yahoo.com

**Lessly Verónica Carranza Soler**

Analista Presupuestario  
Secretaría de Finanzas  
Barrio el Jasmín, Tegucigalpa  
Honduras  
Tel: 222-7443/222-0970  
Email: lcarranza@sefin.gob.hn

**PARAGUAY****Edgar Daniel Giménez Caballero**

Viceministro de Salud  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social  
Avda. Pettirossi C/ Brasil  
Paraguay  
Tel: 021-207-630  
Email: edgica@yahoo.com  
vministro@mspbs.gov.py

**Diana Carolina Serafini Fernandez**

Vice Ministra de Educación para la  
Gestión Educativa  
Ministerio de Educación y Cultura  
15 de Agosto #629 el Hardo y Gral Diaz  
Paraguay  
Tel: (595) 21-443-919  
Email: vicemin@gmail.com  
dianaserafini@gmail.com

**Aida Maxima Roblès de di Benedetto**

Diputada Nacional  
Honorable Cámara de Diputados  
Av. de la República Esq. 15 de Agosto-  
Asunción  
Paraguay  
Tel: 214-144-127  
Email : aidarobles@diputados.gov.py

**Eulálio Ramón Morel**

Diputado de la Republica del Paraguay  
Camara de Diputados del Paraguay  
Av. Republica y 15 de Agosto  
Paraguay  
Tel: (595) 21-414-4240  
Email: internacionales\_diputados@hotmail.com

**José Sanchez**

Email: gabinete@sfp.gov.py

**José Marin Massolo**

Director de la Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social  
Email: jmarinmass@gmail.com

**Romy Tiepermann**

Directora Nacional DNRH  
Email: romytiepermann@hotmail.com  
rtiepermann@msp.gov.py

**Diana Serafini**

Viceministra- Viceministerio de Educación para la Gestión Educativa 15 de agosto  
teléfono: 595 21 443919  
Email : vicemin@gmail.com  
dianaserafini@gmail.com

**Cesar M. Garcete****PERÚ****Manuel Nuñez Vergara**

Director General  
Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos Ministerio de Salud  
Víctor Carrasco Cortéz  
Director de la Dirección de Evaluación y Certificación  
CONEAU  
Email : victor.carrasco@upch.pe

**Ricardo Matamala**

Autoridad Nacional del Servicio Civil SERVIR  
Pasaje Francisco de Zela 150 Piso 10, Jesús María,  
Lima -Perú  
Teléfono: 51 1 206 3370  
Mirian Solís  
Lima, Perú  
msolis@minsa.gub.pe

**INVITADOS ESPECIALES****Wanda Jaskiewicz**

Team Lead, Workforce Performance  
Support Systems  
Capacity Plus/Intra Health International  
1776 Eye St. NW, Ste 650  
Washington DC 20036  
USA  
Tel: 732-666-4694  
Email: wjaskiewicz@intrahealth.org

**GWHA****Hirotsugu Aiga**

GWHA Geneva  
aigah@who.int

**Laurence Codjia**

GWHA Geneva  
codjial@who.int

**OPS/OMS****José Ruales**

Representante de la OPS/OMS en El Salvador  
73 Avenida Sur No. 135  
Colonia Escalón  
San Salvador, El Salvador  
Teléfono: 011-503-2298-0021  
Email: rualesjose@els.ops-oms.org

**José Luis Di Fabio**

Gerente, a.i.  
Área de Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria de Salud (HSS)  
OPS/OMS Washington, DC  
525 23rd street, NW  
Washington, DC 20037  
Teléfono : 202 974 3788

**Charles Godue**

Coordinador  
Recursos Humanos para la Salud  
OPS/OMS-Washington, DC  
525 23rd street NW  
Washington, DC 20037  
Teléfono: 202-974 3296  
Email: goduecha@paho.org

**Rosa María Borrell-Bentz**

Asesora Regional  
Desarrollo de Recursos Humanos  
OPS/OMS-Washington, D.C.  
Teléfono: 202 974 387  
Email: Borrell@paho.org

**Hernán Sepúlveda**

Consultor Recursos Humanos para la Salud  
OPS/OMS- Washington DC  
525 23rd St., N.W.  
Washington, DC  
Tel: (202) 974-3851  
Email: sepulveh@paho.org

**Rubén Marcelo Suarez Berenguela**

Asesor Principal, Economía y  
Financiamiento de la Salud  
OPS/OMS- Washington DC  
525 23rd St., N.W.  
Washington, DC  
Tel: 202-974-3482  
Email: suarezru@paho.org

**Judith Sullivan**

Consultor Recursos Humanos para la Salud  
OPS/OMS Argentina  
Oficina Sanitaria Panamericana  
Marcelo T. de Alvear 684, 4o. piso  
1058 Buenos Aires, Argentina  
Teléfono: 011-54-11-4319-4200  
Email: sullivanj@arg.ops\_oms.org

**Hugo Ernesto Rivera**

Profesional Nacional Desarrollo de  
Recursos Humanos para la Salud  
OPS/OMS- Bolivia  
Calle Víctor Sanjinez # 2678  
Plaza España  
Bolivia  
Teléfono: (591-2) 241-2465  
Email: hrivera@bol.ops-oms.org

**Miryam Fetzy Gamboa**

Consultora  
OPS/OMS- Bolivia  
Tel: (591-2) 241-2301  
Email: mgvceia@hotmail.com  
mgvceia@yahoo.es

**José Paranaquá de Santana**

Gerente de Programa de Salud Internacional  
OPS/OMS Brazil  
SEN Lote 19-Brasília- DF  
Brasil  
Tel: (61) 32519543  
Email: paranag@bra.ops-oms.org.br

**Maria Cristina Merino Ocampo**

Profesional Nacional para el Desarrollo  
de Recursos Humanos, Investigación y  
Bioética  
OPS/OMS- Ecuador  
Ave. Amazonas 2889 y La Granja  
Ecuador  
Tel: (59)3-2246-0330 Ext. 1911  
59-3 9502-7306 (cell)  
Email: cmerino@ecu.ops-oms.org

**Jaime Zamora**

Consultor Local  
Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud  
OPS/OMS El Salvador  
73 avenida Sur No. 135, Colonia Escalón  
Apartado postal 1072  
San Salvador, El Salvador  
Teléfono :503-2279-1591  
Email : zamoraja@els.ops-oms.org

**Lourdes Liliانا Ramírez Carias**

Punto focal RHS OPS-HON  
OPS/OMS- Honduras  
Col. Palmira, Ave. Rep. De Panama,  
Edificio Imperial, 6to. Piso,  
Tegucigalpa, Honduras  
Tel: (540) 221-6091 Ext. 2153  
Email: ramirezl@hon.ops-oms.org  
ramirez.lourdes@gmail.com

**Antonio Sánchez**

Consultor de Recursos Humanos  
OPS/OMS- Paraguay  
Avda. Mariscal Lopez 957 c/ Estados Unidos  
Asunción, Paraguay  
Tel : (595) 21-450-595/7  
Email : sanchezan@par.ops-oms.org

**Philippe Montagut**

Advisor Human Resources Development  
OPS/OMS- Haiti  
Tel: (509) 34857326  
Email: montagutp@hai.ops-oms.org  
montagut@gmx.fr

**Mónica Yolanda Padilla Díaz**

Consultora Subregional Andina  
Desarrollo de RHUS  
OPS/OMS- Peru  
Los Pinos 251, Urb. Camacho.  
La Molina, Lima, Perú  
Tel: 51-1-3195-775  
Email: mpadilla@paho.org

**Pedro Enrique Brito Quintana**

Asesor Temporero  
OPS/OMS- Washington DC  
6209 Sword Way,  
Bethesda, MD 20817  
USA  
Tel: 301-996-3880  
Email: p.brito.e@gmail.com

**Norbert Dreesch**

OMS/Geneva  
Email: dreeschn@who.net



ISBN 978-92-75-33161-3



9 789275 331613