



# Evaluación de la Política y Plan Andino de Recursos Humanos en Salud 2018-2022





**Evaluación de la  
Política y Plan  
Andino de Recursos  
Humanos en Salud  
2018-2022**

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

Evaluación de la Política y Plan Andino de Recursos Humanos en Salud

2018 – 2022. ORAS-CONHU, Lima, 2024.

97 pág. Ilus.

RECURSOS HUMANOS EN SALUD/ RHS/ Política, plan/ Sistemas de Salud/ Evaluación/  
Líneas estratégicas/COVID-19/Compromisos

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2024-00750

ISBN: 978-612-49377-4-3

ISBN: 978-612-49377-4-3



### **Comité Editorial:**

Dra. María del Carmen Calle Dávila. Secretaria ejecutiva.

Dra. Marisela Mallqui Osorio. Secretaria adjunta.

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

Lic. Verónica Bustos, Consultora internacional de Recursos Humanos en Salud.

### **Coordinación editorial:**

Lic. Yaneth Clavo, Responsable de Comunicaciones

Primera edición digital, enero 2024

Versión digital disponible: <https://www.orasconhu.org>

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD-CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2023

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

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



Atribución-NoComercial-CompartirIgual

CC BY-NC-SA

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

# ORGANISMO ANDINO DE SALUD CONVENIO HIPÓLITO UNANUE 2024

**LIC. MARÍA RENEE CASTRO CUSICANQUI**

MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

**DRA. XIMENA AGUILERA SANHUEZA**

MINISTRA DE SALUD DE CHILE

**DR. GUILLERMO JARAMILLO MARTÍNEZ**

MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA

**DR. FRANKLIN EDMUNDO ENCALADA CALERO**

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

**DR. CÉSAR VÁSQUEZ SÁNCHEZ**

MINISTRO DE SALUD DEL PERÚ

**ABOG. MAGALY GUTIÉRREZ VIÑA**

MINISTRA DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE VENEZUELA

## SECRETARÍA EJECUTIVA

**DRA. MARÍA DEL CARMEN CALLE DÁVILA**

SECRETARIA EJECUTIVA

**DRA. MARISELA MALLQUI OSORIO**

SECRETARIA ADJUNTA

# **COMITÉ ANDINO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD Y RESPONSABLES DE REVISIONES Y APORTES**

## **Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia**

Dr. Jonathan Carlos Ignacio Colque

Dra. Silvia Cuencas

## **Ministerio de Salud de Chile**

Dra. Claudia Godoy Cubillos

Dra. Olga Correa

## **Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia**

Dra. Edilma Marlen Suárez Castro

## **Ministerio de Salud Pública del Ecuador**

Dra. Alicia Zavala

## **Ministerio de Salud del Perú**

Dra. Alfonso Quispe Chuquicondo

Dra. Betsy Moscoso Rojas

## **Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela**

Dra. Geraldine Safra

Dra. Leonor Franco

Mag. Elsy Betancourt

## **Programa Subregional para América del Sur de la OPS/OMS**

Lic. Hernán Sepúlveda

Asesor Regional de RHS

## **Organismo Andino de Salud–Convenio Hipólito Unanue**

Mag. Yadira Salas G.

Coordinadora del Comité Andino de Recursos Humanos para la Salud

Lic. Verónica Bustos

Consultora responsable de la investigación



Lima, 25 de noviembre de 2022

Resolución REMSAA XL/556

## RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

Las ministras y los ministros de salud de los países miembros:

### Considerando:

1. Que, la escasez crónica de inversiones y la constante fragmentación de los sistemas de salud en la Región de las Américas han llevado a un déficit de entre 600.000 y 2 millones de trabajadores de salud, un problema que se agravó con la pandemia de COVID-19<sup>1</sup>.
2. Que, desde el llamado a la Acción de Toronto formulado para su cumplimiento entre 2006 y 2015, la Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de la Salud y su Plan de Acción, para avanzar en la implementación de Políticas y planificación de equipos de salud entre 2018 a 2023, la Política y Plan Andino de Recursos Humanos para la Salud 2018-2022, y la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud de la OMS que se denomina "Personal sanitario 2030", establecen compromisos en el campo de los RHS y en el requerimiento de fortalecer las capacidades institucionales para asegurar gobernanza y gobernabilidad.
3. Que, el avance de la Política de RHS a escala nacional, en los países andinos, se vio interrumpido por la pandemia de COVID-19, lo que planteó un conjunto de desafíos para los sistemas de salud en la región andina, de modo que los equipos tengan que responder a las necesidades adicionales de prestaciones de salud requeridas para COVID-19 y, al mismo tiempo, mantener el acceso de la población a servicios de salud esenciales.
4. Que, en todos los países de la región se observa un proceso de incremento significativo en la proporción de mujeres médicas que trabajan en las diferentes instituciones del sistema público. La mayor proporción de feminización en el ámbito andino se presenta en: el ámbito rural, en el primer nivel de atención, entre las médicas sin especialidad, dentro de los especialistas en las que tienen especialidad no quirúrgica y en las que tienen contrato temporal<sup>2</sup>.
5. Que, proteger la salud mental del personal de salud es un componente necesario de las estrategias que deberán desarrollar los países para enfrentar satisfactoriamente las implicancias de la pandemia y la post-pandemia, como recuperar atenciones postergadas o realizar rehabilitación física y psicosocial. En la mayoría de los países, el personal de salud presentaban síntomas que permitían sospechar de: episodios depresivos: 14,7% y 22,0%, ideación suicida: 5% y 15%, malestar psicológico: 12% y 13,5%<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> <https://www.paho.org/es/noticias/26-9-2022-fuerza-salud-americas-ops-estados-unidos-presentan-plan-para-mejorar-calidad#:~:text=La%20fuerza%20de%20salud%20de%20las%20Am%C3%A9ricas%20tiene%20como%20objetivo,asegurando%20la%20participaci%C3%B3n%20del%20sector>

<sup>2</sup> Feminización y monitoreo de la práctica laboral en la profesión médica en la subregión andina

<sup>3</sup> The COVID-19 Health care workers Study (HEROES). Informe regional de las Américas

6. Que, en la 30ª Conferencia Sanitaria Panamericana CSP30, en el evento paralelo "Acción conjunta para fortalecer los RHS en la Región de las Américas: Fuerza de Salud de las Américas", se visualizó la necesidad de aumentar el acceso y la disponibilidad de personal de salud calificado. Además, se identificó la iniciativa panamericana de capacitación de 500.000 trabajadores de la salud en el transcurso de los próximos 5 años en todas las Américas para brindar una remuneración de apoyo y respaldar el sistema sanitario "unidos a través de una historia común".
7. Que, la Política Andina de RHS y su Plan de Acción aprobada en REMSAA XXXVIII/530 tiene como propósito contribuir al ejercicio del derecho a la salud de todos los habitantes de la región andina generando condiciones para el acceso, la cobertura, la capacidad resolutive, la adecuación cultural y la calidad de los servicios de salud, ampliando su capacidad de interacción intersectorial hacia la remoción de los principales determinantes.
8. Que, en Reunión presencial del Comité Andino de RHS realizada el 17 y 18 de octubre de 2022 en Caracas Venezuela, se aprobó la propuesta de actualización de la Política Andina: mantener los objetivos de la Política y reformular los enunciados de las líneas estratégicas al 2030, con observaciones y flexibilidades para adaptar a las realidades locales, que responda a mínimos comunes para no tener rigidez en la implementación.

**Resuelven:**

1. Encargar al Comité Andino de Recursos Humanos en Salud la actualización de la Política Andina de Recursos Humanos en Salud.
2. Encargar al Comité Andino de Recursos Humanos en Salud la elaboración del plan de acción 2023-2030 para implementar la Política Andina.
3. Encargar a la Secretaría Ejecutiva generar espacios de cooperación internacional para contribuir a fortalecer la fuerza laboral de la Región Andina.

***CERTIFICAMOS:** Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XL Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada en Lima (Perú) el 25 de noviembre de 2022.*

X  
Dra. Kelly Roxana Portalatino Ávalos  
Ministra de Salud del Perú  
Presidente de la XL REMSAA

  
Dra. María del Carmen Calle Dávila  
Secretaría Ejecutiva  
Organismo Andino de Salud  
Convenio Hipólito Unanue

# Contenido

Presentación .....	9
1. Antecedentes .....	12
2. Introducción .....	15
3. Resultados de la evaluación de la PARHS (Taller presencial) .....	18
3.1 Aspectos generales de la PARHS .....	18
3.2 Análisis específico por línea de acción .....	22
4. Avances y desafíos a escala nacional .....	30
4.1 Experiencia destacada por país .....	31
4.1.1 Bolivia: Política de RHS .....	31
4.1.2 Chile: Información sobre la fuerza laboral y gestión de RHS .....	34
4.1.3 Ecuador: Nuevo Reglamento del Ministerio de Salud Pública - Gestión de la información para determinación de brechas- Plan de formación de talento humano .....	38
4.1.4 Perú: Una visión global de los RHS .....	40
4.1.5 Venezuela: Perfiles profesionales para la APS .....	44
5. Avances y desafíos a escala regional .....	49
5.1 Desarrollo de competencias – Componente educación permanente en salud .....	50
5.2 Generación de información y conocimiento .....	52
5.3 Fortalecimiento de la gobernanza .....	54
5.4 Actividades en el marco de la COVID-19 .....	56
6. Vigencia y proyección de la PARHS al 2030 .....	58
7. Conclusiones y recomendaciones .....	67
8. Anexos .....	67
8.1 Anexo N.º 1: Producto 1 – Taller presencial .....	68
8.1.1 Metodología evaluación de la PARHS: Taller presencial .....	68
8.1.2 Registro fotográfico del encuentro .....	69
8.1.3 Programa extendido de trabajo y metodología del taller .....	70
8.2 Anexo N.º 2: Metodología evaluación compromisos regionales .....	75
8.3 Anexo N.º 3: Plan Operativo Regional 2018-2022 .....	78
8.4 Anexo N.º 4: Producto adicional – Propuesta para evaluación de avances específicos a escala nacional .....	82
8.5 Anexo N.º 5: Resultados del Taller Evaluación General de la PARHS .....	88
8.6 Anexo N.º 6: Líneas de acción, objetivos e intervenciones planteadas por la Política Andina de RHS 2018 – 2022 .....	90
8.7 Anexo N.º 7: Matriz de evaluación líneas de acción, objetivos e intervenciones PARHS .....	94

# PRESENTACIÓN

La línea de trabajo de los recursos humanos ha sido de importancia para la subregión Andina, desde 1973 los seis ministros de salud de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela por resolución REMSAA II/17 crearon la primera comisión de expertos para el estudio del desarrollo de recursos humanos de salud (RHS). A lo largo de este tiempo, hemos ejecutado planes de actividades anuales que responde a la generación de evidencias, intercambio de experiencias y fortalecimiento de competencias en los profesionales de salud de los seis países andinos.

La política andina de recursos humanos en salud y su plan, tenía como objetivo que para fines del año 2022, como lo menciona ORAS-CONHU (2018):

Los países de la Región Andina pudieran exhibir avances en la conformación de una fuerza laboral sostenible, dimensionada, en proceso de formación continua, comprometida con la calidad y pertinencia de los servicios de salud, promotora de la salud universal, con competencias en articulaciones institucionales y facilitación de procesos participativos, en suma, comprometidos con el efectivo ejercicio del derecho a la salud de las comunidades a quienes sirve (p. 22).

Esta política y plan consideraban una serie de compromisos diferenciados en dos escalas, aquellos de carácter nacional cuya implementación involucró directamente a los ministerios de Salud de los países miembros, y en particular, a las direcciones de recursos humanos o sus denominaciones, así como a los regionales, cuya responsabilidad recae en este Organismo.

En la Reunión Presencial del Comité Andino realizada en octubre de 2022 en Caracas, Venezuela, 5 de los 6 países andinos presentaron sus experiencias, a partir de las líneas de acción de la Política Andina en la cual tuvieron mayor desarrollo. Además, realizaron el ejercicio de planificación y priorización de contenidos a ser considerados para la actualización de la Política Andina 2023 – 2030.

Como resultado de este taller de evaluación y proyección de la Política, los miembros del Comité Andino acordaron mantener los objetivos y líneas estratégicas, así como mayor simplificación en los instrumentos derivados de la Política y la apertura de espacios de flexibilización y adecuación de las políticas a las respectivas realidades nacionales.

Por Resolución REMSAA XL/556 de 2022, los ministros de Salud del área Andina aprobaron encargar al Comité Andino de RHS la actualización de la Política Andina, así como la elaboración del Plan de Acción 2023–2030.

La sinergia de agenda y complementariedad del trabajo de cooperación técnica se desarrolló con el diálogo político en Sudamérica, sobre "Recursos humanos para la salud

y lecciones aprendidas de la pandemia COVID-19: acciones políticas para mejorar la respuesta de los sistemas de salud”, y el 5° Foro Global en Recursos Humanos en Salud, en ambos, la región Andina resaltó el desarrollo de políticas en esta materia, destacando algunos temas priorizados en la agenda de integración subregional andina, como: Uso de datos y análisis de información para la planificación de los RHS, Gobernanza de los RHS, Mejorar la disponibilidad de los RHS a nivel subnacional, Salud mental, Estrategias para capacitar rápidamente los RHS.

Todos estos temas alineados con las 5 líneas estratégicas de la Política que evaluamos y actualizaremos.

El momento es propicio para señalar que la **“salud continúe en el centro de las políticas” y “sin presupuesto no hay derechos”**. Además, es fundamental mantener al recurso humano en salud como el pilar fundamental del sistema de salud, así como garantizar las condiciones laborales que contribuyan a una vida digna. Contar con planes nacionales de capacitación que promuevan el interaprendizaje y la educación interprofesional, por último y no menos importante, priorizar la salud mental de los RHS, recordando que son “personas que atienden personas”.

Dra. María del Carmen Calle Dávila  
Secretaria ejecutiva del ORAS-CONHU



1

# 1. ANTECEDENTES

A punto de cumplirse 45 años desde la declaración de Alma-Ata y mientras atravesamos una de las peores pandemias del último siglo, el desafío de lograr el ejercicio pleno del derecho a la mejor salud posible ha recobrado centralidad en la agenda internacional. Lo anterior constituye una ventana de oportunidad para fortalecer y consolidar políticas de desarrollo sectorial, entre estas, las políticas de desarrollo de los recursos humanos de salud (RHS).

Aprovechar este espacio demanda a los propios sistemas de salud capacidad para continuar posicionando los principales desafíos de manera concreta y articulada. En este contexto, trabajos como la política Andina de RHS<sup>1</sup> elaborada a partir de un diagnóstico común y de la evidencia disponible, cumplen un doble rol. Por una parte, ofrecen un marco orientador y, por otra, constituyen un respaldo político y técnico para que las direcciones nacionales de RHS puedan seguir avanzando en el desarrollo del personal sanitario en sus respectivos países.

Esta ventana de oportunidad coincide con el plazo de implementación del Plan de RHS derivado de la Política Andina (2018-2022), correspondiendo realizar un proceso de evaluación de los avances logrados y de los desafíos que aún continúan vigentes al término del período de implementación previsto.

La Política buscaba que, al término de 2022, como indica la Resolución REMSAA XXXVII (2018), la región pudiera:

Exhibir avances en la conformación de una fuerza laboral sostenible, dimensionada, en proceso de formación continua, comprometida con la calidad y pertinencia de los servicios de salud, promotora de la salud universal, con competencias en articulaciones institucionales y facilitación de procesos participativos, en suma, comprometidos con el efectivo ejercicio del derecho a la salud de las comunidades a quienes sirve<sup>2</sup>. (p. 1)

Derivado de la política, el Plan de Acción 2018-2022 propuso una serie de intervenciones formuladas con base a la evidencia disponible, además de indicadores y compromisos nacionales y regionales que pretendían servir para evaluar de manera objetiva y cuantificable los avances en el período de su vigencia.

En el caso regional, se avanzó en la priorización de los compromisos, la elaboración del Plan Operativo Anual (POA) y la implementación de la mayoría de las acciones contempladas. En el caso del nivel nacional y considerando la heterogeneidad que

---

<sup>1</sup> La Política Andina de Recursos Humanos en Salud y su Plan de Acción fueron aprobados en la REMSAA XXXVIII/530.

<sup>2</sup> Resolución REMSAA XXXVII/530 del 6 de noviembre de 2018.

exhibían los seis países, se proponía una fase de planificación interna a partir de la elaboración de planes operativos nacionales en que cada país, de acuerdo con su realidad y teniendo en cuenta las 5 líneas de acción estratégicas del Plan Andino de RHS, plantearan sus compromisos nacionales. Sin embargo, la pandemia de la COVID-19 interrumpió este proceso.

Lo anterior obligó a adecuar la metodología de evaluación para que, teniendo presente los problemas emergentes vinculados a la COVID-19, se conozcan los principales avances logrados tanto a nivel regional, como por cada país en el período 2018 – 2022 y se identifiquen insumos para proyectar líneas de desarrollo de los RHS hasta el año 2030.

De acuerdo con lo anterior, la presente consultoría tiene por objetivo: “Analizar y evaluar el avance en la planificación y gestión a escala nacional y escala regional de la Política Andina de RHS 2018-2022, a partir de un esquema metodológico de trabajo e identificar líneas estratégicas para la Política 2023-2030”.

Para lograr el objetivo señalado se considera la realización de las siguientes actividades:

1. Elaborar el plan de trabajo en coordinación con la Secretaría ejecutiva del ORAS-CONHU.
2. Elaborar las pautas para la presentación de los países.
3. Elaborar la metodología para el taller de análisis de avance de los compromisos nacionales y compromisos regionales.
4. Recopilar la información necesaria de acuerdo a la metodología propuesta para el análisis de avance de los países y avance regional.
5. Entregar de manera oportuna la información recopilada a la Secretaría ejecutiva y al Comité Andino de RHS.
6. Socializar de manera oportuna los avances de los resultados.
7. Realizar versión final del informe, a partir de los aportes obtenidos de los miembros del comité andino de RHS.

Se consideran los siguientes productos a entregar:

1. Plan de trabajo concertado con el equipo de la Secretaría del ORAS-CONHU.
2. Pautas y metodología para la presentación de los países y levantamiento de información de los compromisos regionales.
3. Entrega de manera oportuna de toda la información recopilada a los miembros del Comité Andino de RHS y la Secretaría ejecutiva del ORAS-CONHU.
4. Entrega de la primera versión de los avances en la planificación y gestión a escala nacional de la Política Andina de RHS 2018-2022, y de las líneas estratégicas priorizadas en el encuentro presencial como insumo para la Política 2023-2030.
5. Informe final con conclusiones y recomendaciones, que incluya aportes de los ministerios de Salud de los países y del equipo del proyecto.
6. Trabajo del taller presencial con los países a partir de la metodología enviada y elaboración de un informe inicial, con la conclusión del trabajo con los países.

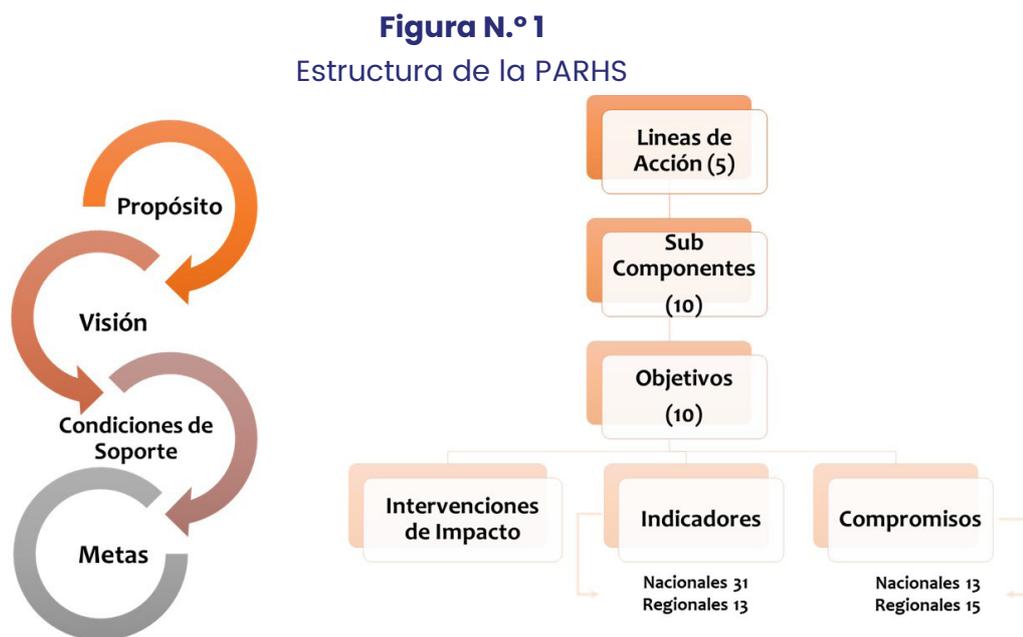


22

## 2. INTRODUCCIÓN

La PARHS se inscribe en un marco estratégico. Reconoce como su propósito último, contribuir desde el campo de los RHS al logro efectivo del derecho a la salud de todos los habitantes de la región Andina. En tanto, plantea como visión la necesidad de avanzar en la conformación de una fuerza laboral de salud adecuada a las necesidades de transformación de los sistemas de salud, que se desarrolla y desempeña en condiciones laborales de trabajo decente.

A partir del marco estratégico y valórico que aportan las declaraciones de propósito y visión, la PARHS se estructura en torno a cinco líneas de acción, las que se desagregan en objetivos con sus respectivos indicadores y compromisos a escala nacional y regional. Figura 1.



Fuente: Propuesta de operacionalización de la PARHS.

La evaluación de la PARHS ha estado determinada, tanto por la modalidad de implementación acordada a escala regional y nacional, por los efectos que generó sobre dicho proceso la pandemia por COVID-19, así como por la opinión de los países con relación a la necesidad de simplificar el trabajo de seguimiento.

De acuerdo con lo señalado, la evaluación de término del período se orientó a conocer la valoración que los países tienen de la PARHS, así como a los avances logrados tanto a escala nacional como regional, en este último caso, se considera el cumplimiento de los compromisos asumidos por la Secretaría de ORAS-CONHU en el POA correspondiente a los años 2019, 2020, 2021 y 2022.

De acuerdo con los objetivos y productos contratados, el presente documento:

- Sistematiza la opinión de los países sobre la vigencia y proyección de las líneas de acción y objetivos contenidos en la Política Andina de RHS 2018-2030, analizando la pertinencia de su mantención, ampliación y/o ajuste para el período 2023 – 2030.
- Muestra avances logrados por los países en el marco de esta política, a través de una experiencia destacada a escala nacional.
- Evalúa el cumplimiento de los compromisos regionales contenidos en el POA correspondiente a los años 2019, 2020, 2021 y 2022.
- Formula recomendaciones para la elaboración de las futuras políticas regionales de RHS.

El diseño metodológico del taller, así como su facilitación formaron parte de la presente consultoría y están contenidos en el anexo N.º 1, denominado Producto 1.

En tanto que la propuesta para evaluación de los compromisos regionales consta en el Anexo N.º 2.

Como un producto adicional, se propone una metodología para la evaluación específica de los avances logrados por los países en el período de aplicación de la PARHS, contenido en el Anexo N.º 3, denominado propuesta para evaluación de avances específicos a escala nacional.



3

# 3. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA PARHS (TALLER PRESENCIAL)

## 3.1. Aspectos generales de la PARHS

El objetivo planteado fue construir de manera colectiva una visión prospectiva con base a la evaluación general de la PARHS, analizando la opinión de los países sobre su vigencia y continuidad, las que se recogen en el Anexo N.º 4. A continuación se presenta una síntesis de las reflexiones y posiciones expresadas.

### • Definición de una Política Subregional de RHS

Una primera cuestión fue precisar cuál es el significado e importancia que los países le asignan a tener una PARHS. Para esto se reflexionó en torno a dos preguntas: ¿Qué es o debiera ser una política subregional? y ¿Qué importancia tiene contar con instrumentos de políticas de RHS subregionales?

Hubo amplio consenso sobre la valoración positiva y reconocimiento de la PARHS como un marco orientador de nivel estratégico que, reconociendo los avances conseguidos, se hace cargo de los principales retos en el ámbito de los RHS y propone opciones para su abordaje.

También se plantea que el contexto de alta rotación de autoridades y en algunos casos, la inestabilidad del sistema de gobierno, sumada a la priorización de la pandemia por la COVID-19, han limitado el impacto de la Política Andina de RHS 2018-2022, respecto de las políticas nacionales y al fortalecimiento de la gobernanza interna.

Por otra parte, se destaca que la existencia de la PARHS representa para las direcciones nacionales de RHS, un importante respaldo político y técnico, facilitándoles el diálogo con las autoridades ministeriales, así como los procesos de abogacía con los actores del campo y grupos de interés.

No obstante, se señala que los instrumentos que articula la Política Andina de RHS 2018-2022, con los compromisos nacionales de los ministerios han resultado poco amigables para su aplicación y seguimiento.

Se reconoce que, si bien los países han logrado avances heterogéneos y con diferentes énfasis, existen desafíos comunes a la región, entre los que destacan:

- Capacidad de gobernanza y rectoría con limitaciones.
- Sistemas de planificación y gestión del desempeño en desarrollo.

- Inequidades en la distribución del personal, en perjuicio de zonas rurales y urbano marginales.
- Desajuste entre las competencias necesarias y disponibles.
- Desigualdad de condiciones laborales con existencia, en algunos casos, de trabajos precarios.
- Condiciones inseguras de desempeño asociadas, especialmente, a focos de violencia en áreas urbano marginales y de frontera.

Esta convergencia de retos, sumada a la sintonía de propósitos en el ámbito de RHS, constituye un aliciente para continuar y profundizar las políticas de recursos humanos de salud, a partir del establecimiento de “mínimos comunes” que, en un marco de flexibilidad den origen a compromisos nacionales, priorizando aquellos aspectos de mayor centralidad e impacto sobre la cobertura y acceso universal de salud.

Estos compromisos deben ser medibles a través de indicadores, que a diferencia de los actuales sean los de carácter más estratégico. En este sentido se plantea que deben ser pocos, simples y concretos, que reflejen la voluntad política de los gobiernos y muestren de manera objetiva los avances obtenidos.

Una propuesta es concentrarse en los siguientes componentes estratégicos de los RHS:

- Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza de los RHS para lograr políticas públicas sólidas y respaldadas, que permitan abordar los desafíos del campo de los RHS.
- Disponibilidad y distribución de los RHS por territorio, subsectores, niveles de atención y segmentos sociales.
- Formación laboral y profesional de los RHS, con énfasis en Atención Primaria en Salud (APS) y equipos interprofesionales.
- Gestión del empleo y trabajo, con perspectiva de trabajo decente y generación de condiciones para la atracción de los RHS en las zonas donde sean requeridos.

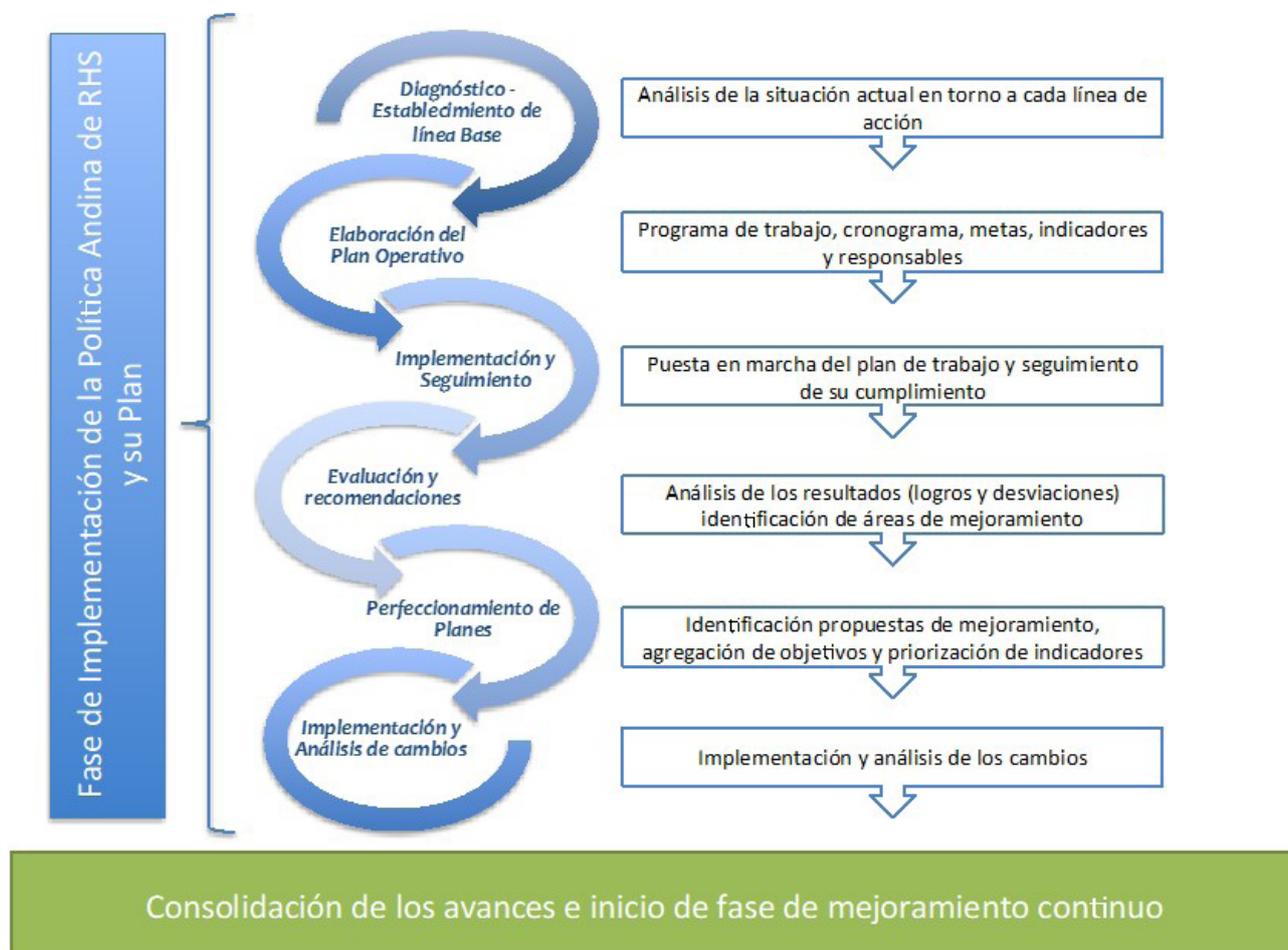
### • **Elaboración de planes operativos nacionales**

Una premisa establecida en el marco de la implementación de la PARHS en 2019, fue reconocer que los países partían de contextos sociosanitarios, desarrollo de la gestión y disponibilidad de recursos diversos, razón por la que se consideró un espacio de trabajo destinado a adecuar los objetivos y estrategias a las realidades locales, a través de la definición de planes operativos nacionales.

Junto con permitir a los países adecuar la PARHS a sus propias realidades y prioridades, los POA nacionales servirían como instrumento para monitorear y evaluar los avances a escala nacional (ver Figura N.º 2).

**Figura N.º 2**

**Proceso de Trabajo – Compromisos Nacionales**



Fuente: Propuesta de operacionalización de la PARHS.

Sin embargo, dado el contexto sanitario, los países tuvieron que reorientar sus esfuerzos al manejo de la pandemia, lográndose establecer la línea base, pero no formalizar los planes operativos comprometidos.

La pregunta planteada a los países buscó determinar por qué no avanzaron en la definición de sus respectivos planes operativos nacionales, instrumentos que habían sido comprometidos en el marco de la aprobación de la PARHS, el plan estratégico y posterior operacionalización. Se reflexionó en torno a la siguiente pregunta: ¿Por qué cree que no se elaboraron los planes operativos nacionales comprometidos?

Los países refirieron, básicamente, dos razones. La primera razón sería la rotación de las autoridades políticas nacionales lo que genera discontinuidad en el trabajo de las direcciones de RHS. Un segundo aspecto fue el cambio de prioridades derivados de la pandemia por COVID-19, aunque cabe señalar respecto de esta última razón, que el plazo de elaboración de los POA nacionales era previo al inicio de la pandemia.

Más allá de su impacto en la gestión interna de los ministerios, el carácter contingente de ambas razones señaladas reflejan de alguna manera, cierta fragilidad en las estructuras ministeriales, siendo necesario estimular la existencia de mecanismos que permitan el traspaso de conocimiento y registro de la memoria de las direcciones nacionales de RHS, de manera que cambios o contingencias políticas y/o sanitarias, no afecten la continuidad de los procesos.

Un mecanismo que en este sentido podrá aportar a la estabilidad y continuidad de las políticas de RHS, es la incorporación del “Servicio Civil”, como instancia que fomenta la profesionalización de los procesos de gestión de personas para la conformación, mantención y desarrollo de los equipos técnicos. Esta iniciativa se encuentra en diferentes niveles de desarrollo en la región, registrándose avances parciales en la estabilidad de los equipos de trabajo y la calidad del empleo público.

### ● Estructura lógica de la PARHS

Se consultó a los países sobre la estructura de PARHS, entendiendo por estructura la organización en torno a 5 Líneas de Acción con sus respectivos Objetivos, Compromisos e Indicadores de alcance nacional y regional.

Se formularon las siguientes preguntas: ¿Mantendría la estructura lógica de PARHS considerando Líneas de acción, Objetivos, Compromisos e Indicadores?; ¿Qué aspectos mejoraría y en qué sentido? Y ¿Deben ser todos los indicadores de aplicación universal para todos los países andinos?

Los países consideran que la estructura es compleja. Se reconoce que las líneas de acción son coherentes con las situaciones nacionales, sin embargo se desagregan en objetivos y compromisos poco concretos y que comprenden múltiples propósitos bajo un solo enunciado. Lo anterior genera confusión al momento de evaluar, ya que se puede cumplir parcialmente uno o algunos de los aspectos considerados.

Se señala que algunos de los objetivos de la política vigente debieran ser recogidos y expresados como estrategias de desarrollo, separando con claridad medios de fines, es decir, la forma es a la estrategia, como la finalidad es al objetivo.

Futuras redacciones debieran cuidar que los objetivos se formulen de manera simple y concreta, resguardando que sean específicos, medibles, alcanzables, relevantes y para un horizonte de tiempo concreto.

Existen planteamientos sobre la pertinencia de incorporar indicadores específicos en una política de carácter subregional. Al respecto, se señala que si bien se debe dar espacios de flexibilidad a los países para adecuar objetivos e indicadores a su propia realidad, debieran concordarse unos “mínimos comunes” que sean comprometidos por todos y respecto de los cuáles se pueda monitorear y medir el avance, a través de aquellos indicadores más relevantes respecto de los mínimos comunes establecidos.

## 3.2. Análisis específico por línea de acción

Un nivel más específico de análisis se hizo en torno a la valoración de cada una de las líneas de acción contenidas en la PARHS. Este análisis entrega insumos para futuras definiciones de políticas.

Se analizó por cada línea de acción, el nivel de importancia asignado; la coherencia respecto de las políticas internas impulsadas por cada país; la viabilidad de avanzar a escala nacional y la opinión en torno a la mantención, reformulación o eliminación de cada una de las líneas de acción, obteniéndose los siguientes resultados.

### • Línea de acción I - Rectoría y gobernanza con enfoque de derechos, género e interculturalidad

Esta línea busca fortalecer la función de rectoría sectorial en RHS, con el propósito de lograr una dotación de personal suficiente para enfrentar la realidad epidemiológica, demográfica y socioeconómica cambiante. Para lograr dicho propósito es necesario generar consensos con los actores del campo que tengan incidencia en las diferentes etapas del ciclo de vida laboral de trabajadores y trabajadoras de salud. Una estrategia útil en tal sentido, es contar con instancias de articulación de alto nivel que convoque actores de salud, educación, trabajo, ciencia y técnica, economía y finanzas, así como representantes del mundo político y social, que puede tener, tal como lo propone la PARHS, la forma de un Consejo Nacional de RHS.

Además del Consejo Nacional de RHS, la PARHS consideraba contar con instancias más específicas, tales como mesas de diálogos con universidades y de enlace con el poder legislativo.

Al momento del establecimiento de la línea base los países se encontraban en diferentes niveles de avance. Se registraban experiencias de constitución de instancias de esta naturaleza con respaldo legal, existencia de mesas de alcance más específico, por ejemplo con universidades, hasta países que no habían desarrollado experiencias en esta línea, sin perjuicio de lo cual todos reconocen la importancia de avanzar en este sentido.

En esta misma línea, la PARHS reconoce la importancia de contar con información estratégica, que permita una caracterización lo más integral posible de la fuerza laboral de salud y sus determinantes. Dado que la información constituye un punto de partida que nutre el diálogo y la generación de consensos, un primer compromiso de alcance nacional, era el desarrollo o fortalecimiento de sistemas de información de RHS.

Los países han aplicado diferentes estrategias para el desarrollo de sus sistemas de información de RHS, la mayoría registra algún nivel de avance en este aspecto. Sin embargo, en algunos casos la información es limitada al sector público de salud o,

incluso, solo al personal que depende de los ministerios. De las estrategias aplicadas por los países, se identifica que la existencia de registros nacionales de profesionales vinculados con el ejercicio profesional, así como el funcionamiento de un Observatorio de RHS que convoque a diferentes tipos de empleadores (públicos y privados), han sido útiles como palanca de desarrollo.

Cabe señalar, que algunos países indican no contar con recursos presupuestarios para el desarrollo de un adecuado sistema de información.

Adicionalmente, es importante destacar que el propio ejercicio de establecimiento de línea base, evidenció las dificultades que los países siguen teniendo para entregar información sobre la fuerza laboral de salud, por ejemplo, respecto a variables demográficas, tipos de contratación, sector y nivel de desempeño. Lo anterior, puede estar vinculado con los niveles de fragmentación de los sistemas de salud de la región, existiendo muchos espacios de mejora y optimización en esta área.

Respecto de la incorporación de la perspectiva de género en la gestión de RHS, se ha avanzado en la identificación de la variable sexo en los sistemas de información; en protocolos de denuncia y tratamiento de acoso laboral sexual y, en algunos casos, en la existencia de políticas específicas. Sin embargo, se tiene poco conocimiento sobre las condiciones del mercado laboral, tanto desde un punto de vista salarial, como del acceso a cargos de mayor jerarquía y poder dentro del sector.

Hay bastante consenso en la mantención de esta línea de acción en futuras declaraciones de políticas, siendo necesario simplificar y acotar más claramente los objetivos asociados, a la vez que dar flexibilidad a los países para hacer sus propias definiciones de las instancias de concertación que mejor se ajusten a su realidad local.

En la siguiente tabla (Tabla N.º 1), se observa la valoración asignada a los objetivos de esta línea de acción. Destaca la opinión positiva sobre su importancia y coherencia, la que contrasta con una valoración más baja en el factor viabilidad.

En el caso de la generación de instancias permanentes de concertación con actores del campo, la menor evaluación en viabilidad podría reflejar la dificultad que existe, ya sea por falta de capacidad de convocatoria, recursos o continuidad de las políticas.

En tanto, en el caso de la incorporación de la perspectiva de género, si bien los países reconocen la necesidad de mantener el objetivo correspondiente, la menor viabilidad puede deberse a la falta de capacitación para una mejor comprensión del tema, la escasa disponibilidad de recursos para incorporar criterios de equidad salarial en un sector predominantemente femenino y, aspectos culturales que tienden a reproducir los esquemas tradicionales de distribución del poder, donde la mujer y grupos habitualmente excluidos, continúan teniendo acceso limitado a cargos de responsabilidad.

**Tabla N.º 1: Valoración línea de acción I**

<b>Líneas de Acción I: Rectoría y Gobernanza con enfoque de derechos, género e interculturalidad</b>						
<b>Países</b>	<b>Objetivo 1.1: Rectoría Gobernanza</b>			<b>Objetivo 1.2: Perspectiva de Género</b>		
	Importancia	Coherencia	Viabilidad	Importancia	Coherencia	Viabilidad
Bolivia	5	3	3	4	4	3
Colombia						
Chile	5	5	3	5	5	4
Ecuador	4	4	4	5	5	4
Perú	5	4	2	3	3	3
Venezuela	5	5	4	5	5	5
Promedio	4,8	4,2	3,2	4,4	4,4	3,8

## • Línea de acción II - Información sobre la fuerza laboral y estilos de gestión

Esta línea de acción se orienta a la mantención o generación de condiciones laborales coherentes con la naturaleza de las organizaciones sanitarias, donde el cuidado de las personas, tanto de los usuarios como de las y los trabajadores, destaque como un valor central y ordenador de la gestión interna.

Considera dos objetivos: el primero, respecto de la promoción de condiciones de trabajo decente y; el segundo, sobre el fomento de la educación permanente en salud, como herramienta de gestión que permite de manera simultánea el desarrollo de competencias y el mejoramiento continuo de los procesos de trabajo, con foco en la satisfacción usuaria.

Se reconoce como un factor clave para avanzar en este lineamiento, el desarrollo o fortalecimiento de las competencias gerenciales de los equipos de gestión de personas. Al momento de establecerse la línea base fue posible observar que la mayoría de los países habían hecho esfuerzos de capacitación de los equipos de conducción de las direcciones nacionales de RHS. En algunos casos, esto también se extendía hasta las instancias descentralizadas. Sin embargo, se reconoce como un problema la rotación de directivos lo que genera problemas de continuidad en la implementación de políticas públicas.

En este punto, los países destacan la participación en cursos virtuales de capacitación ofrecidos por ORAS-CONHU en conjunto con OPS, en el ámbito de RHS (planificación y liderazgo).

Respecto de la generación de mejores condiciones laborales, la línea base consultó sobre estabilidad en el empleo y cobertura de seguridad social. Se reconocían avances

en ambos factores, siendo mejor los porcentajes de trabajadores y trabajadoras con cobertura de seguridad social, que los porcentajes de contratos permanentes o indefinidos, donde algunos países tienen diversidad de modalidades contractuales, las que incluyen contrataciones anuales (honorarios, contratas, contratos de servicios, etc.).

Con relación al desarrollo de la estrategia de educación permanente en salud, los países señalan, mayoritariamente, tener un avance básico. Solo uno ha desarrollado de manera sistemática este tipo de estrategia, incluyendo iniciativas orientadas al desarrollo de competencias en equipos de salud rural.

En la siguiente tabla (Tabla N.º 2), se observa la valoración asignada a los objetivos de esta línea de acción. Destaca la opinión positiva sobre su importancia y coherencia, obteniéndose una valoración algo más baja en el factor viabilidad, sin embargo, la totalidad de los representantes nacionales expresaron la voluntad de mantener ambos objetivos, aunque coinciden en la necesidad de simplificar y acotar su alcance.

**Tabla N.º 2: Valoración línea de acción II**

<b>Línes de Acción II: Información sobre la fuerza laboral y formación en gestión del trabajo en salud a nivel de micro, meso y macro gestión</b>						
<b>Países</b>	<b>Objetivo 2.1: Gestión del Trabajo</b>			<b>Objetivo 2.2: Educación Permanente en Salud</b>		
	Importancia	Coherencia	Viabilidad	Importancia	Coherencia	Viabilidad
Bolivia	5	5	3	5	5	5
Colombia						
Chile	5	5	4	5	5	5
Ecuador	5	4	4	5	4	5
Perú	5	5	4	4	3	2
Venezuela	5	5	3	5	5	3
Promedio	5	4,8	3,6	4,8	4,4	4

### • **Línea de acción III - Desarrollo de RHS para la ampliación del acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad**

Entendiendo que el mayor desafío para el logro de los objetivos de acceso y cobertura universales es la existencia de áreas desatendidas y, conociendo que estas se concentran en territorios rurales con predominio de población indígena, esta línea de acción se orienta de manera preferente al desarrollo de competencias interculturales. Se reconoce el rol que en este sentido juegan los trabajadores comunitarios, como puente entre la comunidad y el sistema de salud.

De acuerdo con lo señalado, esta línea de acción considera dos objetivos: el primero, referido a la incorporación de trabajadores comunitarios al equipo interdisciplinario de

salud y; el segundo, al desarrollo y consolidación de la perspectiva de interculturalidad en salud.

Al momento de establecer la línea base existía una gran diversidad de situaciones. Desde países que habían incorporado formalmente a los trabajadores comunitarios a los equipos de salud de primer nivel, pasando por otro que había desarrollado iniciativas en localidades específicas, hasta aquellos que no contemplaban esta estrategia dentro de sus políticas, pero que abordaban este desafío a través de la capacitación y desarrollo de competencias de trabajo comunitario en sus equipos de primer nivel.

También existía variabilidad respecto de la incorporación del enfoque de interculturalidad. Todos los países tienen algún nivel de desarrollo y aplicación de estrategias propias. Algunos han desarrollado más las líneas de capacitación, en tanto, otros han fomentado el funcionamiento permanente y formal de mesas de trabajo y concertación con pueblo originarios.

Los países manifiestan la necesidad de mantener esta línea de trabajo, abriendo espacios de flexibilidad de acuerdo con las propias realidades locales. Coinciden en su importancia y coherencia con relación a las políticas impulsadas y, en su mayoría consideran que es viable continuar con su desarrollo sobre la base de los avances ya existentes, los que en algunos casos están bastante consolidados.

**Tabla N.º 3: Valoración línea de acción III**

<b>Líneas de Acción III: Desarrollo de RHS para la ampliación del acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad</b>						
<b>Países</b>	<b>Objetivo 3.1: Trabajadores Comunitarios</b>			<b>Objetivo 3.2: Interculturalidad</b>		
	Importancia	Coherencia	Viabilidad	Importancia	Coherencia	Viabilidad
Bolivia	5	5	5	5	5	5
Colombia						
Chile	5					
Ecuador	5	5	5	5	5	5
Perú	3	3	3	4	4	3
Venezuela	5	5	5	5	5	4
Promedio	4,6	4,5	4,5	4,75	4,75	4,25

\*Chile dejó pendiente la evaluación de estos objetivos para consulta interna.

## • Línea de acción IV - Migración y retención de los equipos de salud en todos los países y en todos los territorios para un sistema integral de salud

Desde que se observó un creciente aumento de los flujos migratorios, los gobiernos de la región manifestaron la necesidad de regular el impacto producido por la movilidad profesional, entre esta, la del sector salud. La perspectiva planteada en la PARHS fue facilitar el intercambio, desarrollo de aptitudes, conocimientos y transferencias tecnológicas buscando el beneficio mutuo de los países emisores y receptores de profesionales sanitarios.

Los objetivos planteados en esta línea, consideran tanto la migración externa como interna, destacando los efectos de inequidad que ambos fenómenos producen en perjuicio de las zonas desatendidas y de menor desarrollo comparativo.

Los compromisos se relacionan, por una parte, con la actualización de las regulaciones que inciden en la inserción y movilidad del personal sanitario y, por otra, con el desarrollo de esquemas de incentivos orientados a lograr una mayor radicación en zonas desatendidas.

Al momento de establecerse la línea base, los países reconocen un bajo avance. Ninguno ha explorado iniciativas sobre migración circular y solo dos de los seis países han suscrito el Código de Buenas Prácticas para la Contratación Internacional de OPS. Las iniciativas existentes se limitan a acuerdos de frontera o, en algunos casos, acuerdos bilaterales de convalidación de títulos.

Sin embargo, respecto de la migración interna, todos los países registran avances concretos, a través del establecimiento de incentivos económicos y no económicos, especialmente, aquellos orientados a la formación considerando como contrapartida la radicación en zonas rurales o urbano marginales, además de los tradicionales programas de Servicio Rural Obligatorio que en cada país funcionan con matices respecto de la duración, profesionales que abarca y mecanismos de compensación que considera.

Respecto de la mantención de estos objetivos en futuras políticas, los países coinciden en la importancia de considerarlos, a la vez que señalan que son bastante coherentes con sus políticas internas, en tanto observan algo más de dificultades respecto de la viabilidad de lograr avances concretos a escala nacional.

**Tabla N.º 4: Valoración línea de acción IV**

<b>Líneas de Acción IV: Migración y retención de los equipos de salud en todos los países y en todos los territorios para un sistema integral de salud</b>						
<b>Países</b>	<b>Objetivo 4.1: Migraciones</b>			<b>Objetivo 4.2: Zonas subatendidas</b>		
	Importancia	Coherencia	Viabilidad	Importancia	Coherencia	Viabilidad
Bolivia	5	3	3	5	5	4
Colombia						
Chile	5	5	3	5	5	3
Ecuador	5	5	4	5	5	4
Perú	4	4	4	5	4	3
Venezuela	5	4	3	5	5	5
Promedio	4,8	4,2	3,4	5	4,8	3,8

**• Línea de acción V - Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso y la cobertura universal, basado en equipos interdisciplinarios de salud**

Uno de los desafíos centrales que reconocen todos los países de la región, es la necesidad de avanzar en la adecuación curricular de las carreras de la salud. Se busca un mejor balance entre el conocimiento científico/técnico y las dimensiones psicológicas, culturales y sociales, que permitan una mejor comprensión de la compleja realidad sociosanitaria actual, adaptándose a las necesidades de transformación de los sistemas de salud que demandan los objetivos de cobertura y acceso universales.

A la fecha del establecimiento de la línea base, además de existir mecanismos de articulación con el sector formador, existía consenso respecto de la necesidad de incorporar cambios en los enfoques formativos. Sin embargo, los avances registrados eran más bien limitados a la definición de perfiles, sin progresos concretos en la adecuación curricular, con excepción de experiencias de ampliación de los campos formativos desde ambientes hospitalarios, hacia el primer nivel y la comunidad.

Tampoco se había avanzado mayormente en la aplicación de estrategias de ingreso para estudiantes provenientes de zonas desatendidas.

Los países coinciden en la importancia de mantener esta línea de acción con sus dos objetivos, siendo necesario simplificarlos y acotarlos. La importancia asignada, contrasta con la falta de optimismo respecto de la viabilidad de lograr avances concretos en la transformación curricular. Manifiestan algo más de confianza respecto de la posibilidad de continuar avanzando en la conformación de equipos interprofesionales dentro de las redes asistenciales, con formación en salud familiar y comunitaria.

**Tabla N.º 5: Valoración línea de acción V**

<b>Líneas de Acción V: Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso y la cobertura universal basdo en equipos interdisciplinarios</b>						
<b>Países</b>	<b>Objetivo 5.1: Alianzas Salud - Educación</b>			<b>Objetivo 5.2: Equipos de Salud</b>		
	Importancia	Coherencia	Viabilidad	Importancia	Coherencia	Viabilidad
Bolivia	5	3	3	5	4	4
Colombia						
Chile	5	5	2,5	5	5	4
Ecuador	5	5	4	5	5	5
Perú	5	5	3			
Venezuela	5	5	3			
Promedio	5	4,6	3,1	5	4,7	4,3



AV LUNA PIZARRA

4

# 4. AVANCES Y DESAFÍOS A ESCALA NACIONAL

Este punto considera las experiencias destacadas relacionadas con los lineamientos de la PARHS que cada país seleccionó para presentar en el taller presencial, y que reflejan los avances obtenidos en el período.

## 4.1. Experiencia destacada por país

### 4.1.1. Bolivia: Política de RHS

Bolivia presenta como experiencia exitosa la definición de una política de desarrollo de los RHS, elaborada en el contexto de los mandatos establecidos en el marco normativo vigente, presidido por la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia que le asigna al Ministerio de Salud la responsabilidad de formular políticas públicas, en favor de la salud de la población.

En los niveles descentralizados las regulaciones están dadas por la Ley de Autonomías, que determina las actividades de gobernaciones y municipios en sus respectivos territorios.

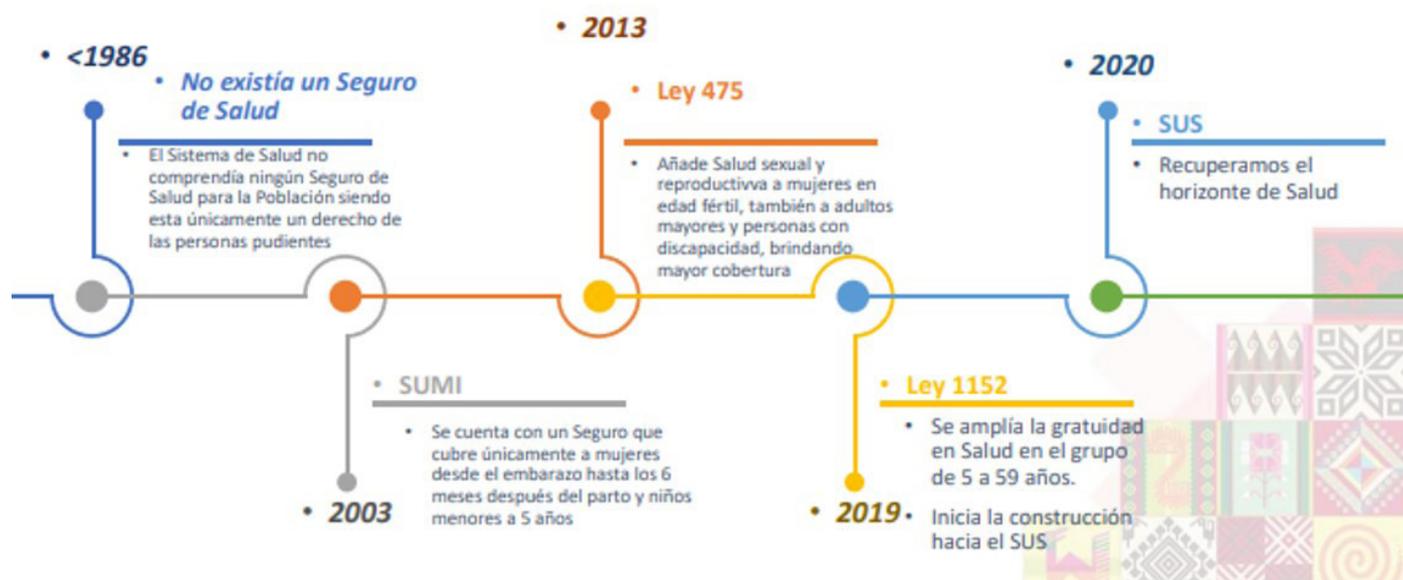
En un plano más programático se sitúan: la Agenda Patriótica 2025, que incluye un punto específico referido a la gobernanza en salud; los Planes de Desarrollo Económico y Social (PDES) y los Planes Sociales de Desarrollo Integral (PDSI), que cubren el período 2021-2025 y que contienen estrategias y planes específicos para el área de salud.

En particular, el Eje 6 del PDES (2021), está referido a la salud y deportes para proteger la vida con cuidado integral en tiempos de pandemia, que señala como objetivos específicos “Promover la especialización de profesionales médicos destinados a cubrir las necesidades de servicios hospitalarios para los centros de salud de segundo, tercer y cuarto nivel a ser construidos y equipados” (p. 102).

Se busca optimizar el funcionamiento del Sistema Único de Salud (SUS) implementado en 2019, a través del fortalecimiento del Sistema de Salud por medio de acciones de mejoramiento de la infraestructura, del equipamiento y de los equipos profesionales e inversión en fármacos y medicamentos, redes de laboratorio y establecimientos de salud.

Es pertinente señalar que, tal como se observa en la figura N.º 3, previo a la instalación del SUS, Bolivia no contaba con un Seguro de Salud, recién en 2003 se comenzó de manera gradual a asegurar grupos específicos de la población, respecto de prestaciones concretas, hasta llegar en 2020 a un 63 % de cobertura poblacional.

**Figura N.º 3: Evolución de la políticas bolivianas de aseguramiento en salud**



Fuente: Presentación Reunión Comité Andino de RHS – Venezuela, 2022.

Desde un punto de vista de la estructura sectorial, el sector salud se divide en un sector público, encabezado por el Ministerio de Salud y en el ámbito regional las gobernaciones y municipios, instancias que tienen el rol de la gestión de los RHS.

Por otra parte, se tiene la Seguridad Social de corto plazo, que atiende a los trabajadores asalariados, organizados dentro de los esquemas de financiamiento tradicionales de la seguridad social. Representan el 25.8 % de la cobertura poblacional, con un crecimiento de cobertura muy lento o negativo en los últimos años.

También existe un subsector que incluyen las compañías de seguro, las compañías de medicina prepagada y las organizaciones no gubernamentales. Las compañías de seguro constituyen un receptor de fondos para financiar servicios de salud del sector privado.

Finalmente, la medicina tradicional que desde la implementación de la Ley 459 y el D.S. 2436 de Reglamentación, cuenta con un Registro Único de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana (Rumetrab), que permite la inscripción de los médicos tradicionales en cuatro especialidades: Médicos tradicionales ancestrales; Guías espirituales; Parteras y Naturistas.

El sector público de salud se organiza considerando tres niveles de atención. El primer nivel está compuesto por puestos y centros de salud que actúan como puerta de ingreso al SUS y es donde se atienden las enfermedades más frecuentes, asimismo se prestan servicios odontológicos, de enfermería, vacunas, exámenes básicos, primeros auxilios, rayos X, entre otros.

En el segundo nivel se encuentran los hospitales, con servicios de especialidad básica: ginecología; pediatría; medicina interna; cirugía y; emergencias.

Finalmente, el tercer nivel está integrado por los hospitales de mayor complejidad, y ofrecen servicios de tomografía, resonancia magnética, laboratorios especializados, patologías y cirugías de mayor complejidad.

En 2008, se formaliza para el primer nivel el modelo de atención de salud familiar comunitaria intercultural (SAFCI). Que establece una nueva estructura de gestión y de atención en salud, priorizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y crea las instancias de participación social y de deliberación intersectorial en la comunidad, municipio, departamento y en el nivel nacional.

El modelo se concibe como una nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud; complementa y articula recíprocamente al personal de salud y médicos tradicionales de las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos con la persona, familia, comunidad, Madre Tierra y cosmos, en base a sus organizaciones en la gestión participativa y control social, así como la atención integral intercultural de la salud.

El objetivo del SAFCI es mejorar las condiciones de vida de la población, contribuyendo a la eliminación de la exclusión social en salud. Reivindicando, fortaleciendo y profundizando la participación y control social efectivo en la toma de decisiones sobre la gestión de la salud, brindando servicios de salud centrados en la persona, familia y la comunidad. Busca la articulación de la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, la que es valorada y respetada como parte del sistema sanitario.

Los médicos de primer nivel formados en el modelo SACFI, no solo hacen funciones de salud pública, promocional y preventiva, sino que también generan lazos con la comunidad y las autoridades tradicionales.

Los establecimientos de salud se han incrementado en un número de 1094, llegando a 3338. A la fecha, la red asistencial está compuesta por 36 establecimientos de salud de tercer nivel, 83 establecimientos de salud de segundo nivel y 3247 establecimientos de salud de primer nivel.

Lo anterior se complementa con el Plan de Hospitales a nivel nacional, que contempla 4 hospitales de cuarto nivel o de referencia nacional, 18 de tercer nivel y 34 de segundo nivel.

Esta expansión en infraestructura ha generado una fuerte presión por más RHS, para lo cual se han planteado políticas de desarrollo en dos áreas: formación de RHS y dotación de RHS para la red asistencial.

El plan de formación ha considerado plazas para formación de especialistas y subespecialistas que en 2015 consideró 725 cupos, hasta llegar a un máximo de 1017 plazas en 2020. Producto de la pandemia el número de cupos se ha visto disminuido, llegando actualmente a un total de 696 residencias médicas, distribuidos en 93 hospitales que cumplen una labor docente asistencial.

A través de este plan se pretende mejorar el acceso de la población boliviana a una salud de calidad de manera gratuita y oportuna, para lo cual el Estado boliviano está realizando una fuerte inversión en infraestructura, equipamiento en salud y formación de recursos humanos especializados y subespecializados en el Sistema Nacional de la Residencia Médica, como en el extranjero, además de la formación de técnicos medios en salud en dos escuelas de formación técnica con sus respectivas subsedes.

#### **4.1.2. Chile: Información sobre la fuerza laboral y gestión de RHS**

El Sistema de Salud chileno es mixto, público/privado, sin embargo, el 80 % de la población corresponde a usuarios de la red pública.

La rectoría es ejercida por el ministerio de Salud, conformada por dos subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, esta última está a cargo de la red de establecimientos organizados en tres niveles de atención.

La red asistencial de cada servicio de salud está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del servicio, más los establecimientos municipales de primer nivel de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados, que mantienen convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud.

Actualmente, la red pública está compuesta por 64 hospitales de alta complejidad, 31 hospitales de mediana complejidad, 24 centros de salud ambulatoria, 101 hospitales de baja complejidad y 2571 establecimientos de primer nivel entre postas, consultorios, centros de salud familiar y comunitaria, entre otros.

Desde un punto de vista de los procesos de planificación de la fuerza laboral de salud, es importante destacar los siguientes datos:

- La fuerza laboral de salud alcanza a más de 430 000 trabajadores, de los cuales un 55.4 % se desempeña en el sector público. Siguiendo la tendencia predominante, el sector es altamente feminizado con un 69 % de mujeres y una edad promedio que fluctúa entre los 35 y 44 años de edad.
- En 2021, según cifras provisionales, el gasto en salud de Chile representó el 9.1 % de su producto interno bruto (PIB), con un ligero retroceso en comparación con el 9.8 % de 2020.
- La población aumentó entre 1990 y el 2021, en 136.2 %. En 1990, su estructura era expansiva en los grupos de mayores de 25 años y estacionaria en los grupos por debajo de esa edad. Actualmente, se ha conformado una forma regresiva, relacionada con la disminución de la fecundidad, mortalidad y envejecimiento. La esperanza de vida al nacer es de 80 años para los hombres y de 85 para las mujeres.
- El perfil epidemiológico ha experimentado variaciones. Entre los años 2009 y 2019 (prepandemia), el número de muertes aumentó de 91 372 a 113 086. El 64.5% ocurrieron en personas de 70 años o más. El cáncer pasó a ocupar el primer

lugar como causa muerte, desplazando a un segundo lugar a las enfermedades cardiovasculares. También esta enfermedad se ubica en el primer lugar del indicador de años de vidas perdidos por discapacidad (AVISA).

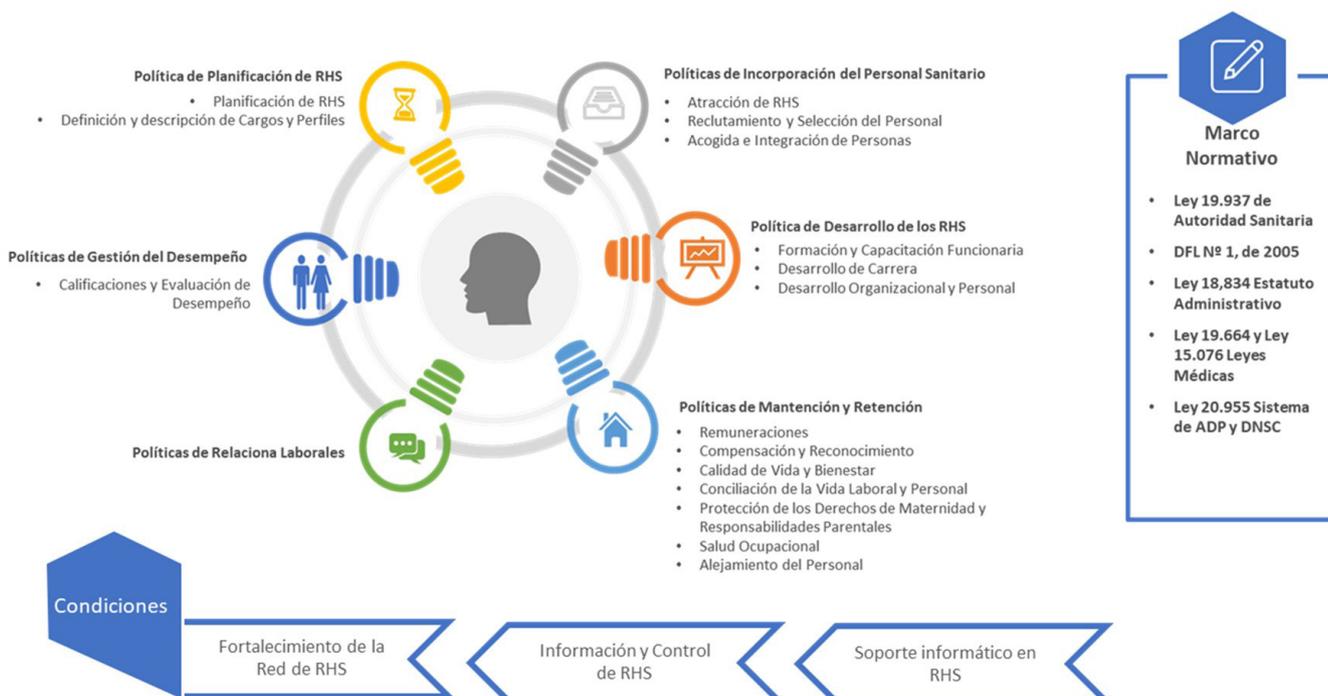
Considerando que el año 2012 se cumplen 10 años desde que Chile definió, en el marco de los Objetivos Sanitarios para la Década 2011- 2020, su política de RHS, se escogió como iniciativa destacada, el componente gestión del trabajo de la línea de acción N.º 2 “Información sobre la Fuerza Laboral y Estilos de Gestión”.

La política planteaba como propósito contribuir al desarrollo de estrategias de acción orientadas a anticipar y prevenir los problemas de salud, propiciar las condiciones sanitarias necesarias para la ciudadanía, fortalecer el primer nivel de atención, promoviendo un efectivo trabajo en red entre sus distintos organismos.

Una primera declaración en este contexto fue el reconocimiento de los equipos de salud como el principal capital para la consecución de la misión sectorial, reconociéndose como valores esenciales el respeto, la equidad, la igualdad ante los derechos y el compromiso con los usuarios.

Se estructura diferentes momentos del Ciclo de Vida Laboral (Figura N.º 4), desde la planificación de la fuerza laboral de salud. Está respaldada por un nutrido marco normativo y reconoce como condiciones que le aportan en sostenibilidad la existencia de una red de gestores de RHS, la disponibilidad de sistemas de información y control, así como una estructura de soporte informático.

**Figura N.º 4: Líneas de las políticas de RHS de Chile**



Fuente: Presentación Reunión Comité Andino de RHS – Venezuela, 2022.

A pesar de que la pandemia no permitió seguir con el proceso de evaluación del impacto de las políticas de RHS, es posible anticipar que su existencia ha permitido fortalecer el sistema de planificación de RHS; mejorar la gestión de la información; dinamizar la carrera funcionaria, mejorar las condiciones laborales y fortalecer los procesos de formación y EPS. Además, permitió una respuesta oportuna desde la División de Gestión y Desarrollo de las Personas (DIGEDEP)<sup>3</sup>, en el contexto de la pandemia por COVID-19.

En particular, las políticas de desarrollo de sistemas y modelos de planificación de RHS, se orientan en Chile a la definición de las necesidades actuales y futuras de RHS de la red asistencial, en un contexto sanitario y organizacional altamente dinámico.

Ofrece escenarios de corto, mediano y largo plazo respecto de las necesidades de personal a partir del análisis de los flujos de entrada y salida, los planes de expansión sectorial, las políticas sanitarias asociadas a los cambios demográficos, epidemiológicos y la definición conjunta con áreas de línea de estándares de calidad y rendimiento de los RHS.

Esta mirada integral de la planificación ha sido posible a partir del fortalecimiento del equipo de trabajo de la Dirección de RHS dedicado a este tema, el que actualmente cuenta con alrededor de 20 integrantes de diferentes profesiones, lo que permite construir escenarios incorporando múltiples visiones y experiencias.

Avances concretos son, por ejemplo, que entre los años 2013 al 2022 la dotación del sector público ha aumentado en 56 % en el caso de los Servicios de Salud (hospitales) y en un 137 % en el caso del primer nivel de atención.

La unidad de planificación elabora diversos informes para nutrir el proceso de toma de decisiones sectoriales, por ejemplo: Informe anual de brechas de médicos especialistas; Dotación para el plan de cáncer; Informe trimestral de brechas de RHS o informes contingentes, como han sido los elaborados en el contexto de la pandemia. Por ejemplo:

- Procesamiento de información para el monitoreo de funcionarios afectados por la COVID-19 (semanal).
- Procesamiento de información para el monitoreo del plan de inmunización de funcionarios (mensual).
- Estado de salud de los funcionarios (quincenal): casos, inmunización, ausentismo, fallecidos, licencias médicas según grupo diagnóstico.
- Seguimiento de las licencias médicas por COVID-19 de los funcionarios de la red asistencial.

Otra estrategia importante para la gestión y el desarrollo del personal sanitario ha sido la Formación y la Educación Permanente en Salud (EPS).

Entre los años 2020 y 2021 se registraron más de 340 mil funcionarios matriculados en capacitación a distancia. Entre 2019 y 2021, hubo más de 325 000 participantes en

---

<sup>3</sup>La DIGEDEP es el equivalente a la Dirección Nacional de RHS.

actividades de capacitación presencial, con un total de más de 17 000 actividades y un presupuesto asignado de MUSD 6840.

Con relación a la formación a julio de 2022 se contabilizaba cerca de 11 000 profesionales en alguna de las etapas de formación y especialización, considerando la etapa de destinación (ejercicio como médico general), formación (etapa de especialización propiamente dicha) o cumpliendo el periodo asistencial obligatorio (mecanismo de compensación postespecialización).

Respecto del mejoramiento de las condiciones laborales, durante los últimos dos años se ha puesto especial énfasis en procurar el menor impacto posible de la COVID-19 sobre la salud física y mental de los funcionarios, para lo cual se diseñó e implementó el “Plan Saludablemente”, que contempló atenciones de salud mental (teleasistencia y presencial), alcanzándose más de 106 000 atenciones, además de actividades de control del estrés laboral.

Desde un punto de vista más estructural, se mejoró la estructura de dotaciones del sector, a través de procesos de encasillamiento en que se crearon nuevos cargos de planta (contratos indefinidos), mejoraron los grados (escala remuneracional) y se normalizó la situación de personal contratado en calidad de honorarios.

Sin perjuicio de los avances logrados, se identifican una serie de desafíos en el ámbito de los procesos de gestión:

- Optimización del sistema de información a través de la interoperabilidad intra e intersector.
- Mejorar la gobernanza de los RHS, abarcando los sectores público y privado, como la APS Municipal.
- Reducir los niveles de inequidad en la distribución territorial de los RHS.
- Incorporar en la planificación de RHS los cambios demográficos, epidemiológicos y los derivados de la migración.
- Profundizar el trabajo de definición de indicadores comunes de RHS.

En el ámbito de la formación y la EPS, los principales desafíos son:

- Aumento de la capacidad formadora nacional, a través del trabajo coordinado con la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) y las universidades que la integran, con especial énfasis en cáncer, salud mental, geriatría, medicina física y rehabilitación, así como dermatología, oftalmología y otorrinolaringología.
- Rediseñar las estrategias de implementación del Plan de Formación de Especialistas para asegurar una mejor distribución de los especialistas a nivel nacional.
- Fortalecer la especialización derivada y la educación continua, con especial énfasis en Plan de cáncer, Salud mental y Género.

- Mejorar la gestión local del Plan Anual de Capacitación de los funcionarios/as de los servicios de salud, según orientaciones de la Dirección Nacional de Servicio Civil y con énfasis en las necesidades sanitarias y el desarrollo de carrera de los funcionarios/as.
- Entregar a través de la oferta de capacitación las actividades necesarias para generar las competencias en materia de Plan de cáncer, Salud mental, Género, Violencia y Geriatría.
- Formalizar y robustecer el vínculo con el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS, para el desarrollo del Nodo y posibles nodos subnacionales.

#### **4.1.3. Ecuador: Nuevo Reglamento de Ministerio de Salud Pública - Gestión de la información para determinación de brechas - Plan de formación de talento humano**

Un primer aspecto de contexto a destacar es que recientemente fue aprobado un nuevo reglamento sobre la organización y atribuciones del Ministerio de Salud, en el que se avanza respecto de la separación de las funciones rectoras y operativas.

Para facilitar el trabajo de esta nueva estructura, se ha priorizado la gestión de la información, por lo que se ha establecido un plazo para establecer la plantilla óptima de RHS, las brechas resultantes en relación con la capacidad instalada a las necesidades de cada región y, establecer de esta manera los requerimientos globales de personal sanitario, dentro del Sistema Nacional de Salud.

El Sistema de Información debe abarcar al personal que depende directamente del ministerio, el de dependencia de las Fuerzas Armadas y Policía, la Seguridad Social General y de los Campesinos, además del sector privado.

El establecimiento de brechas considera algunas bases de cálculos prioritarias. Comprende casi dos mil unidades y más de 230 hospitales en todo el territorio nacional.

La política está basada en el fortalecimiento de la atención primaria. Dentro de esta política se está impulsando un plan de combate a la desnutrición. Asociado a este plan, se está priorizando la destinación del personal de salud hacia las áreas que presentan este problema de manera más aguda.

De acuerdo con lo señalado, el Plan de formación del talento humano se orientará según los resultados de la sistematización de la información ya iniciada, considerando diferentes fuentes y actores, tanto de gobierno, como del sector formador y sector privado de salud.

Con relación al tema de la migración, Ecuador informa la existencia de cerca de 6300 profesionales que han llegado, prioritariamente, de Cuba y Venezuela y quienes en su gran mayoría (más de 5000) corresponden a médicos.

El Ecuador ha optado dar por cumplido el requisito de Servicio Social Obligatorio, a partir de los servicios equivalentes realizados por los profesionales en los países de origen. Lo anterior ha permitido que estos profesionales se habiliten como tales, puedan ejercer

dentro del país y se integren al Sistema Nacional de Salud. Los profesionales migrantes, al igual que los profesionales nacionales, se concentran en las tres ciudades más grandes del país, a saber, Quito, Guayaquil y Cuenca.

Respecto de la evolución de graduados se registra un aumento importante, generándose un impacto sobre el sector público, dado que estos graduados deben realizar su año de Servicio Rural Obligatorio, período durante el cual perciben un estipendio que, en el caso de los médicos, equivalente a un 70 % del salario básico del médico general.

Respecto de las enfermeras, cabe señalar que se sigue registrando déficit de profesional de enfermería, por lo que se ha solicitado a las universidades que continúen incrementando el número de graduados.

**Figura N.º 5: Evolución y proyección de graduados de medicina y enfermería  
Período 2018 al 2023**



Fuente: Presentación Reunión Comité Andino de RHS – Venezuela, 2022.

Con relación a la situación registrada durante la pandemia, cabe señalar que se tramitó una ley especial denominada Ley Humanitaria, que permitió que más de 13 000 profesionales, entre médicos, enfermeras y especialistas ingresaran con nombramiento al Ministerio de Salud.

Respecto de las condiciones laborales para la radicación de profesionales se cuenta con bonos especiales por ubicación geográfica.

Dentro de las iniciativas más destacadas a escala nacional, se cuenta la aprobación de la Ley de Carrera Sanitaria para los profesionales del SNS, siendo necesario aprobar los reglamentos que viabilicen su implementación. La ley considera todo el ciclo laboral del talento humano, desde la planificación de la fuerza laboral, pasando por los procesos de capacitación permanente y el ordenamiento y organización de los sistemas de ingreso y movilidad, así como el establecimiento de los derechos de los funcionarios.

También aborda aspectos referidos a puestos y jornadas de trabajo, sistemas de incentivos económicos y no económicos.

Esta ley afectaría a un universo cercano a los cien mil profesionales, quienes hoy día se desempeñan en diferentes condiciones contractuales y laborales.

Otra iniciativa es la formación de la red de posgrados con las universidades, a partir de un trabajo de estandarización de contenidos del currículo, y para focalizar los esfuerzos en las siete especialidades que se requieren de manera prioritaria en el primer y segundo nivel de atención.

Adicionalmente, se está negociando la descentralización de la formación hacia las ciudades donde se registra población desatendida.

Otra estrategia trabajada para cubrir localidades desatendidas es la itinerancia de profesionales, la que se ha utilizado, por ejemplo, para el caso de salud mental, analizándose la posibilidad de extenderlo a otras especialidades.

#### **4.1.4. Perú: Una visión global de los RHS**

Perú muestra su experiencia de Gestión de RHS señalando que los procesos de planeamiento estratégico, la gestión estratégica del empleo y el trabajo en salud, así como el desarrollo de las competencias de los RHS están radicados en la Dirección General de Personal de la Salud (DIGEP), instancia que corresponde a un órgano de línea del Ministerio de Salud (MINSA).

Entre otras funciones, a la DIGEP le corresponde diseñar e implementar la política pública de RHS, en concordancia con los lineamientos dados por el Servicio Civil Peruano y, dentro de los marcos y orientaciones presupuestarios impartidos por el Ministerio de Economía y Finanzas.

Se destacan los desafíos de coordinación que demanda esta estructura, especialmente, en materia de contratación de personal. A esta complejidad se suman las atribuciones que tienen en este ámbito los Gobiernos Regionales.

Desde el punto de vista de la gobernanza sectorial de RHS, el Comité Nacional de Articulación de la Docencia Atención de Salud e Investigación (CONADASI), se ha transformado en la Comisión de Trabajo de RHUS del Consejo Nacional de Salud (CNS). Actualmente, esta instancia es presidida por un representante de la sociedad civil, lo que ha generado dificultades para incidir en la política pública de RHS.

Sin embargo, el MINSA a través de la DIGEP ha logrado consensuar y aprobar una agenda integral de abordaje de la problemática del campo de los RHS hasta el 2023, en la que destaca la voluntad de mejorar la disponibilidad de los RHS en el primer nivel de atención.

Adicionalmente, y con participación de 85 instituciones integrantes del campo de los RHUS, se aprobó la Agenda de los RHS 2022-2026, que dispone entre otras materias, la creación de una red que articula a los distintos actores del campo de los RHS a través de Nodos Macrorregionales.

Con relación a la disponibilidad y distribución de los RHS, al igual que en la mayoría de los países de la región, existe una brecha de disponibilidad de RHS caracterizada por una distribución inequitativa a nivel territorial, así como perfiles poco pertinentes para impulsar un modelo de atención basado en la Atención Primaria de la Salud (APS) y organizado en Redes Integradas de Salud (RIS).

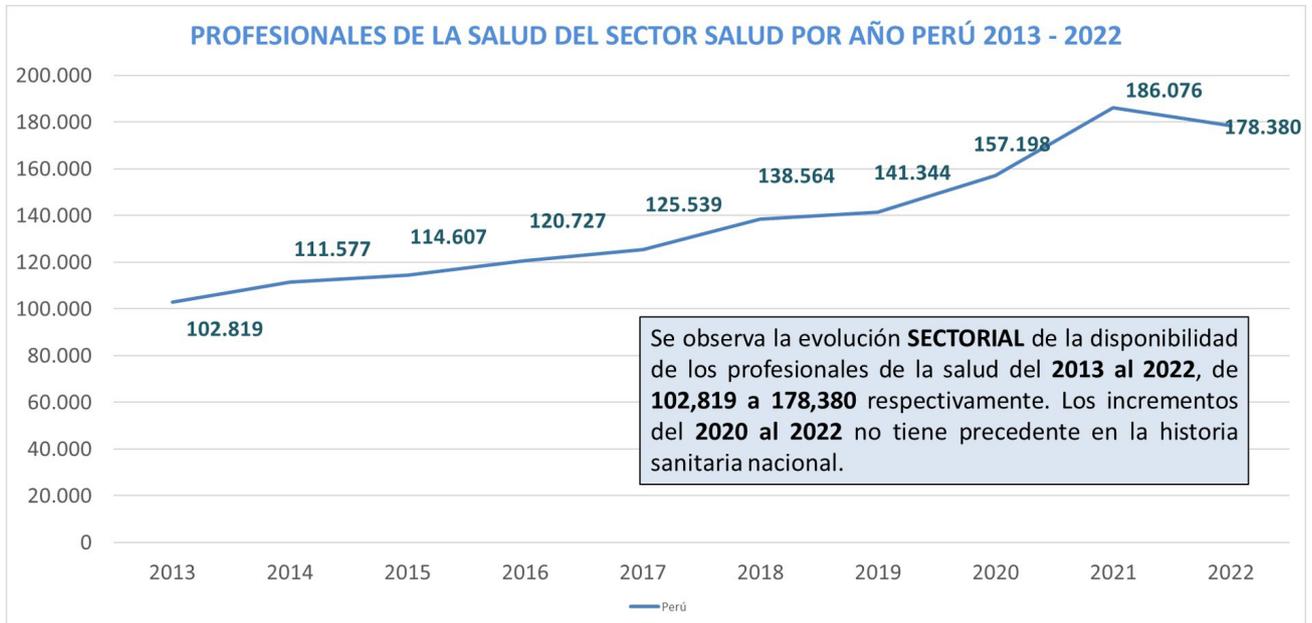
A lo anterior también contribuye los niveles de fragmentación del sistema de salud, con múltiples empleadores que compiten por personal calificado, a saber, MINSA, FFAA, FFPP, EsSalud y el sector privado.

Para enfrentar los problemas de déficit y distribución inequitativa, se han desarrollado las siguientes estrategias:

- Desarrollo de un Sistema de Registro de Información Sectorial del personal de salud (INFORHUS).
- Mejoramiento de la disponibilidad de personal de salud para el primer nivel de atención, a través del SERUMS que actualmente cuenta con casi 7000 plazas a nivel nacional. Dadas las condiciones inhóspitas de los lugares en que deben radicarse estos profesionales, se han hecho esfuerzos de mejoramiento de las condiciones remuneracionales, aun así, se registran renunciadas asociadas a las duras condiciones de vida de las zonas donde se asignan algunas plazas.
- Como estrategia complementaria y para dar cobertura de atención, se ha comenzado a contratar en las zonas más críticas a exserumistas que hubieran cumplido su período de servicio en dichas localidades.
- Reasignación de plazas CAS generadas durante la pandemia.
- Mejoramiento de la disponibilidad de personal de salud para la atención especializada a través de más cupos de residencia. En pandemia se amplió a más de 1000 cupos.
- Desarrollo metodológico a través de la implementación de métodos y estrategias de cierre de brechas a nivel regional.

La evolución de la dotación de profesionales de la salud se observa en el siguiente gráfico, que demuestra el esfuerzo realizado en este ámbito.

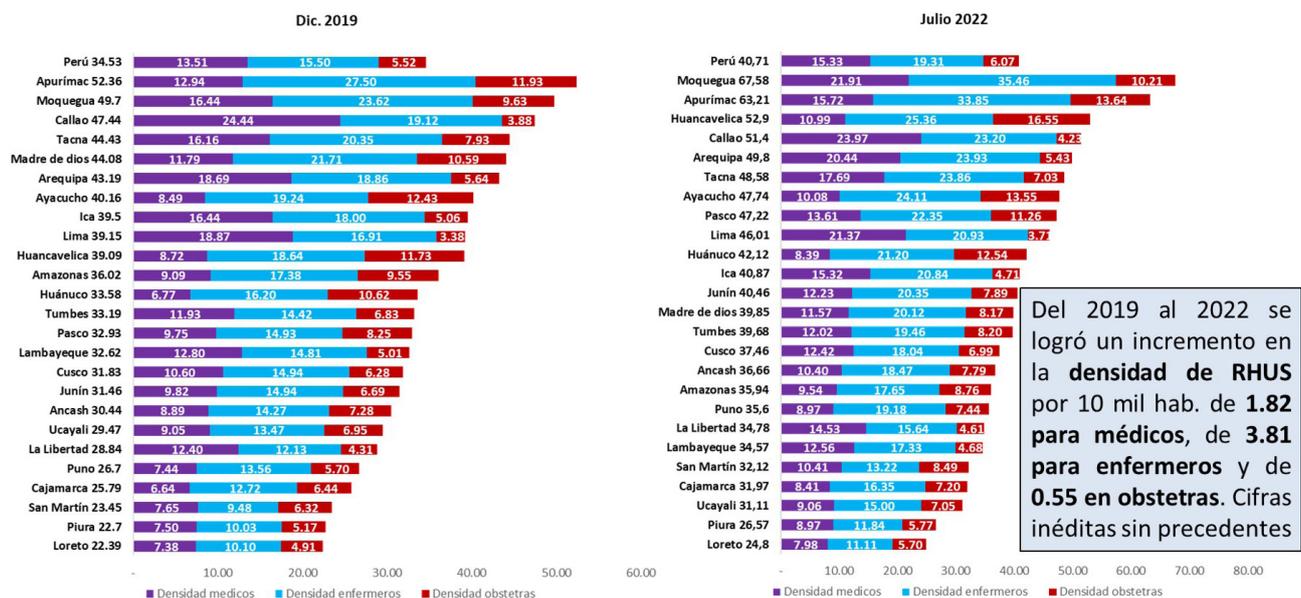
**Figura N.º 6: Evolución y proyección de graduados de medicina y enfermería  
Período 2018 al 2023**



Fuente: Presentación Reunión Comité Andino de RHS – Venezuela, 2022.

Una externalidad de la pandemia en el ámbito de las dotaciones de personal, es que se registró un aumento sin precedentes de la densidad de profesionales por habitantes, alcanzándose en 2022, un promedio nacional de 34.53 profesionales nucleares de salud por 10 000 habitantes.

**Figura N.º 7: Impacto en la densidad de RHUS en el sector salud 2019 – 2022**



Fuente: Presentación Reunión Comité Andino de RHS – Venezuela, 2022.

En el ámbito de la formación, se han fortalecido los espacios de diálogo. Además de CONAPRES (Comité Nacional de Pregrado en Ciencias de la Salud), instancia en que el Minsa y universidades, abordan los temas de residentado médico y de otras profesiones, se ha sumado la instalación de la Comisión Multisectorial Permanente MINSA-MINEDU, encargada de la supervisión de la calidad de la formación universitaria y técnico productiva en salud, lo que constituye un avance importante, desde la perspectiva de las necesidades de ajuste curricular.

Otro aspecto en que se registran avances es en el fortalecimiento del Sistema de Información de RHS, consolidándose en los siguientes aspectos:

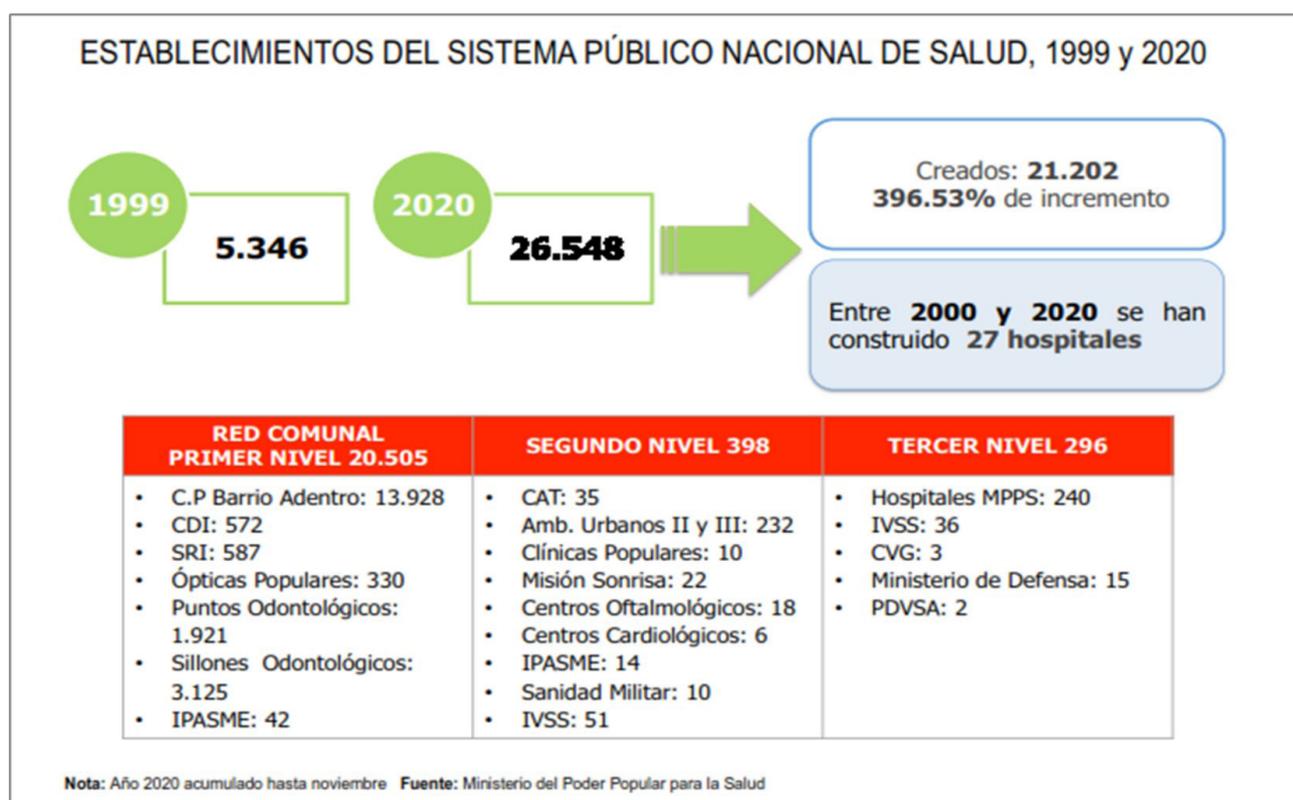
- Incorporación de data del 100 % de internos en ciencias de la salud al INFORHUS.
- Interoperabilidad desconcentrada en regiones del Registro Nacional con el sistema de información de planillas y de Registro de plazas presupuestadas del Ministerio de Economía y Finanzas (AIRHSP).
- Incorporación del Registro Nacional de Personal de Salud (INFORHUS) a nivel sectorial, como parte de la Agenda del Consejo Nacional de Salud.
- También se registran los siguientes avances respecto de las condiciones laborales del personal:
  - Autorización por ley del nombramiento progresivo del 20 % del personal de salud a nivel nacional, beneficiando a un total de 5200 PEAS. La implementación de esta ley se terminará el año 2023, oportunidad en que se incorporará el último 20 %.
  - Ascenso automático, por única vez, de acuerdo al tiempo de servicios de los profesionales de la salud, a fin de mejorar sus ingresos mensuales.
  - Reubicación de grupo ocupacional desde nivel técnico auxiliar asistencial a profesionales.
  - Elaboración de un proyecto para incluir en la Ley de Presupuesto del año 2023, un incremento de la valorización principal del personal de la salud.
  - Contratación a plazo indeterminado de más de 58 000 servidores, contratados durante la pandemia para enfrentar la crisis sanitaria. Dicho personal actualmente se encuentra en proceso de “reasignación”, que consiste en el tránsito de CAS-COVID a CAS regular, con la finalidad de reducir la brecha de los RHUS de los establecimientos de salud del I, II y III nivel de atención de salud.
  - Proyecto de ley para nombramiento en el año 2023, de personal de salud a nivel nacional, de manera progresiva, que beneficiará a más de 54 000 servidores contratados como CAS regulares desde 2013 hasta el 31 de julio de 2022.

#### 4.1.5. Venezuela: Perfiles profesionales para la APS

La iniciativa presentada se inscribe en la Línea de Acción V de la PARHS, referida a la Concertación con el Sector Educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso y la cobertura universal, basados en equipos interdisciplinarios de salud, a través de la reorientación curricular, la formación de equipos interprofesionales, la expansión de la salud familiar y comunitaria, así como el fortalecimiento de los enfoques de interculturalidad y equidad de género.

Un primer aspecto es señalar que la iniciativa se desarrolla en el contexto del propio Sistema Público de Salud, el que está constituido actualmente por un total de 20 505 centros de salud de primer nivel; 398 y 296 de segundo y tercer nivel de atención respectivamente.

**Figura N.º 8: Red de Establecimientos Públicos de Salud de Venezuela**



Fuente: Presentación Reunión Comité Andino de RHS – Venezuela, 2022.

El equipo básico de salud de un consultorio popular de la red comunal del área de Salud Integral Comunitaria (ASIC), está compuesto por un o una profesional de la medicina (médico/a integral comunitario), enfermería y promotores de salud. Este es el dispositivo

más cercano a las comunidades y cubren entre 250 y 500 familias, equivalente a aproximadamente 50 000 personas.

Por cada ASIC existen entre 10 a 20 consultorios, un Centro de diagnóstico integral, Sala de rehabilitación integral y Óptica. Servicios de emergencia 24 horas, sala de parto de bajo riesgo, farmacia comunitaria, servicios de rayos, laboratorio y ecografía.

Las ASIC suponen un cambio conceptual fundamental en el acceso físico, económico y cultural al sistema de salud y, por lo tanto, se requieren perfiles adecuados a esos requerimientos.

Esta iniciativa encuentra su principal respaldo en la Constitución Política de la República Bolivariana de Venezuela, donde se reconoce la salud como un derecho social fundamental y se mandata al Estado como responsable de la creación, rectoría y gestión del sistema público, el que se regirá por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

En el ámbito de la formación la Constitución le da la responsabilidad al Ministerio de Salud, en coordinación con las universidades y los centros de investigación, de promover y desarrollar una política nacional para la formación de profesionales, técnicos y técnicas.

En este contexto, Barrio Adentro, es un modelo de amplia inclusión y base territorial, que responde a principios rectores diferentes, donde:

- Se busca un perfil de egreso humanista para los profesionales de la salud, se incluye profesionales de la medicina, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, todos quienes deben cumplir una etapa de servicio social comunitario.
- Los docentes son profesionales con compromiso y accionar humanista.
- Su núcleo esencial es el Consultorio Popular, en los escenarios de Barrio Adentro, ejerciendo la atención médica integral y acción transformadora en el estudiante.
- El 70 % de tiempo de formación se realiza en el consultorio y la comunidad.

Esta iniciativa se desarrolla en el marco de la definición de políticas específicas de formación para profesionales de la salud. Consideró en primer término un trabajo orientado a su respaldo jurídico, tanto a nivel constitucional como en un plano más operativo, a través del Plan de la Patria.

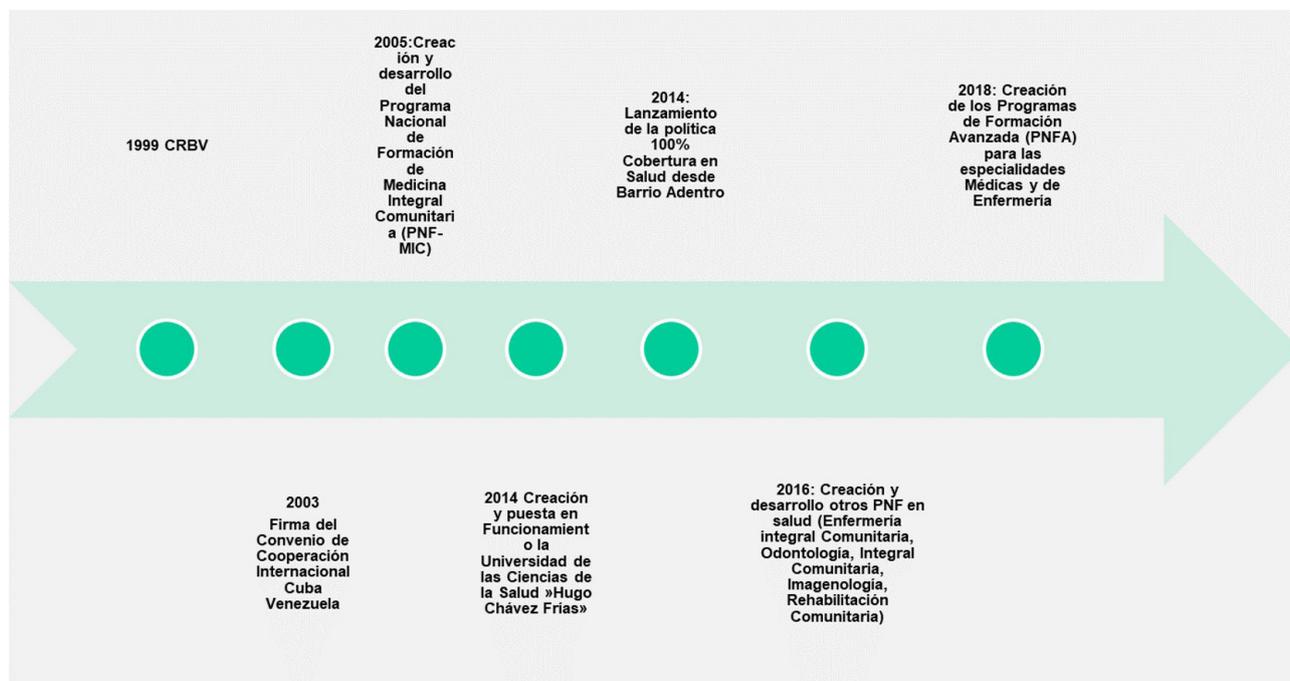
Otro aspecto importante fue la firma del Convenio de Cooperación Internacional Cuba – Venezuela, que permitió en una primera etapa la incorporación de médicos cubanos en los territorios, mientras en simultáneo se formaba a los profesionales venezolanos que los reemplazarían en el futuro.

En un plano comunitario, se consideró el fortalecimiento de la salud colectiva y buen vivir con base en APS, la creación y desarrollo de la Misión Barrio Adentro que constituiría el espacio de formación de los nuevos profesionales integrales comunitarios.

Posteriormente, el plan consideró la incorporación del talento humano formado para el SPNS, a través de la contratación de médicos recién egresados para cumplimiento de su período de servicio social comunitario y, posteriormente, hacen la residencia de especialización en el SPNS.

Puesta en una línea de tiempo, esta iniciativa consideró los siguientes hitos:

**Figura N.º 9: Red de Establecimientos Públicos de Salud de Venezuela**



Fuente: Presentación Reunión Comité Andino de RHS – Venezuela, 2022.

Las principales acciones de gobernanza realizadas por el MPPS fueron las siguientes:

- Ley Plan de la Patria 2013-2019. Uno de los objetivos estratégicos era “Asegurar la salud de la población desde la perspectiva de prevención y promoción de la calidad de vida, teniendo en cuenta los grupos sociales vulnerables, etarios, etnias, género, estratos y territorios sociales” (p. 56).
- Resolución del Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior de 2008, mediante la que se crea el Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria (PNF-MIC), cuyo propósito es desarrollar el talento humano necesario para brindar atención integral en salud a la persona humana, la familia y la comunidad.
- Creación de la Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, en el marco de la Misión Alma Mater, como Universidad Nacional Experimental Especializada y parte del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS).
- Resolución Conjunta con el Ministerio del Poder Popular para Educación Universitaria, Ciencia y Tecnología, mediante la que se crea el Programa Nacional de Formación Avanzada en Salud.
- En un plano sectorial se creó el Programa Nacional del Internado Rotatorio para Médicos Generales (2011); se elaboró el Manual de Trabajo del Equipo Básico

de Salud desde el Consultorio Popular (2017); se definió la Guía Práctica de los Programas de Salud para el Equipo Básico de Salud.

Este trabajo fue realizado con la colaboración de los siguientes actores, quienes cumplieron los roles que en cada caso se indica:

<p><b>Gobierno Nacional</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiza el Sistema Público Nacional de Salud</li> <li>• Define el modelo de atención en salud</li> <li>• Promueve formación de talento humano en salud</li> <li>• sume la financiación del sector salud</li> </ul>
<p><b>Acciones intersectoriales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS)</li> <li>• La Misión médica cubana</li> <li>• Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria Ciencia y Tecnología (MPPEUCT)</li> <li>• La Misión Sucre y las universidades creadas en el marco de Alma Mater</li> <li>• Ministerio del Poder Popular para el Proceso Social del Trabajo</li> <li>• Ministerio del Poder Popular para la Juventud y el Deporte (MPPJyD)</li> <li>• Gobernaciones y alcaldías.</li> <li>• Poder Popular Organizado y comunidades.</li> </ul>

Los factores que facilitaron la implementación de esta iniciativa fueron:

- Compromiso político e ideológico del alto gobierno en el derecho a la salud, desde la estrategia de APS y la protección social.
- Creación y desarrollo de los PNF como política de formación de pregrado, donde este año se priorizaron las carreras de salud: medicina y enfermería integral comunitaria, fisioterapia, entre otras.
- Creación de la Universidad de las Ciencias de la Salud “Comandante Hugo Chávez” (UCS), como universidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- Fortalecimiento de la Red de Atención Comunal con 20 505 centros asistenciales como escenarios de formación para el Programa Nacional de Formación (PNF) y el Programa Nacional de Formación Avanzada (PNFA) en Salud.
- Elaboración de los manuales para el funcionamiento de la red comunal.
- Articulación y trabajo en equipo con los Ministerios de Educación Universitaria, el Ministerio para la Juventud, universidades, Ministerio del Trabajo, gobernaciones y alcaldías.

- Contratación de los médicos, enfermeras y odontólogos e incorporarlos al SPNS al egresar de pre y posgrado. Se les ha dado continuidad entre el término de la formación y su incorporación al SPNS.

Por su parte, se identifican los siguientes aspectos que dificultaron la implementación de esta iniciativa:

- Alta rotación de autoridades en el MPPS.
- Conformación incompleta de los equipos básicos de salud por déficit de talento humano de profesionales de enfermería y promotores de salud.
- Claustro universitario de la UCS conformado principalmente por médicos generales integrales (MGI), que han adquirido formación docente progresivamente. Esta expansión ha sido posible porque los MGI tienen una titulación intermedia que los habilita para ejercer labores docentes en los primeros ciclos de la carrera.
- Rechazo a los médicos integrales comunitarios (MIC) en los hospitales, en la etapa inicial.
- Déficit de profesionales de enfermería y medicina con formación de IV Nivel, que participe en los programas de formación.
- Falta desarrollar los manuales para en funcionamiento de las otras redes de salud.

Hasta la fecha se registra más de 100 000 estudiantes entre activos y egresados vinculados al sistema de salud, de los cuales casi 70 000 están actualmente en formación, distribuidos en los 24 núcleos de formación existentes y cerca de 37 000 ya han egresado<sup>4</sup>, estas cifras consideran solo la formación en el marco del PNF, no considera la especialización en el Seguro Social.

Se han autorizado a la UCS la Gestión de 12 Programas Nacionales de Formación en las carreras de: Medicina, Enfermería Integral Comunitaria, Odontología, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Órtesis y Prótesis, Fonoaudiología, Histocitotecnología, Optometría y Óptica, Órtesis y Prótesis, Nutrición, Farmacia.

A través del diseño e implementación de esta iniciativa se han sacado las siguientes lecciones aprendidas

- El desarrollo de una política requiere compromiso del alto gobierno, organización y planificación de los niveles intermedios, difusión, orientaciones claras y formación de los ejecutores.
- El establecimiento de documentos regulatorios que definan claramente las funciones de los integrantes de los equipos de salud facilita el trabajo en equipo.
- La importancia que tiene la incorporación de estudiantes de las propias comunidades a las universidades, con asignaciones de estipendios que les permite su permanencia en el sistema formador.

---

<sup>4</sup>Programas Nacionales de Formación (PNF): 36 231 estudiantes, 8 PNF. Programas Nacionales de Formación Avanzada (PNFA): 5404 profesionales, 26 especialidades. Programas de Formación Permanente: 1367 cursantes. ELAM "Dr. Salvador Allende": 196. Matricula Curso Introductorio de CICS 2022: 26 336.



5

# 5. AVANCES Y DESAFÍOS A ESCALA REGIONAL

En el marco del Plan Operativo Regional (POA), se priorizaron compromisos en tres áreas. Fortalecimiento de competencias a través de la estrategia de Educación Permanente en Salud (EPS). Generación de información y conocimiento, a través de la realización de estudios. Fortalecimiento de la gobernanza sectorial, a través del fomento de espacios de articulación entre el sector salud y el sector formador.

A continuación, se sintetizan las principales actividades realizadas en cada uno de estos ámbitos, así como aquellos aspectos que quedaron pendientes de ejecución.

## 5.1. Desarrollo de competencias – Componente educación permanente en salud

El sentido de la incorporación de compromisos en el ámbito de la EPS a escala subregional, es favorecer la generación de espacios de cooperación entre los países para el desarrollo de capacidades y competencias de los equipos de salud, con prioridad de quienes se desempeñan en zonas aisladas y que, a pesar de esa condición, pueden ser incorporados utilizando de forma simultánea las estrategias de Educación a Distancia (EAD) y Educación Permanente en Salud (EPS).

Un primer desafío en este ámbito, fue la definición de lineamientos políticos para el desarrollo de la estrategia de EPS en la región. La propuesta se trabajó con la participación de los países y fue aprobada en la reunión del Comité Andino de Recursos Humanos, realizada en La Paz, Bolivia, durante el mes de marzo de 2018.

A partir de este marco orientador y de acuerdo con los planteamiento de los países, se diseñó, implementó y ejecutó el “Curso de Educación Permanente en Salud para la Región Andina”. Contó con la participación de 28 técnicos de nivel ministerial. Se espera que los profesionales preparados en esta metodología de trabajo, puedan liderar y fomentar acciones de EPS con énfasis en el personal sanitario con desempeño en las zonas aisladas.

Paralelamente, con la finalidad de darle visibilidad a la creación intelectual de la Región Andina, se desarrollaron condiciones de soporte tecnológico, inaugurándose el “Repositorio Andino de Recursos Abiertos de Aprendizaje”, que consiste en un banco de materiales educativos y plataformas para la formulación de cursos virtuales en función de las necesidades de los países.

En este mismo plano de soporte tecnológico, se rediseñó, reajustó y modificó el Campus Virtual del ORAS-CONHU, como plataforma de aprendizaje al servicio de los ministerios de Salud andinos.

Por su parte, las actividades del POA que quedaron pendientes en el ámbito de EPS, fueron aquellas referidas a contar con un plan de actividades a 5 años plazo, de carácter modular orientado al desarrollo de competencias para la rectoría, planificación y gestión de los RHS, en áreas específicas priorizadas por los países según sus necesidades y en que pudieran participar los equipos descentralizados de RHS.

Si bien no se avanzó en la planificación de la capacitación con una mirada de mediano plazo, se realizaron diversas actividades subsidiarias de esta idea:

- Curso de liderazgo para la gestión de políticas, regulación y planificación de los RHS, diseñado en conjunto con el Programa Subregional para América del Sur de la OPS/OMS, e impartido a través del Campus Virtual de la OPS. Contó con la participación de cerca de 70 profesionales de los seis países miembros de ORAS-CONHU, de los cuales 42 completaron la formación.
- Curso de formación de tutores virtuales del Campus Virtual del ORAS-CONHU en el marco de la pandemia, dirigido a los 12 técnicos del ORAS-CONHU responsables de coordinar y gestionar cursos de capacitación programados por los Comités Andinos vigentes.
- Curso Propiedad intelectual y aplicación de flexibilidades, realizado en conjunto con South Centre.
- Planificación formación de tomadores de decisiones - profesionales de la salud ORAS-CONHU / CIFS / MS2030, realizado en conjunto con el Copenhagen Institute for Future, dirigido a 35 profesionales de los ministerios de Salud.

En la siguiente tabla se sintetizan los compromisos regionales en EPS y su cumplimiento.

**Tabla N.º 6: Compromisos regionales en EPS**

<b>Ámbito: Desarrollo de Competencias</b>		
<b>Iniciativa</b>	<b>Actividades</b>	<b>Cumplimiento de la actividad (sí - no)</b>
Desarrollo del Componente EPS (trabajo estratégico — con contrapartes de países)	Elaboración del Documento de Política de EPS del ORAS-CONHU. (Contenidos: Orientaciones estratégicas de la EPS - Potencialidades de la estrategia EPS - Experiencias exitosas con foco en zonas aisladas - Otros contenidos estratégicos a propuesta de la consultora).	Sí
	Retroalimentación por parte de los países miembros.	Sí
	Validación final con los países miembros (coincidiendo con la fecha de la reunión del Comité Andino de RHS).	Sí

Desarrollo del Componente EPS (trabajo técnico — interno)	En plano operacional: Definición de condiciones mínimas de soporte necesarias para acceder a las iniciativas de capacitación.	Sí
	En un plano de recursos tecnológicos: Diseño e implementación de la plataforma para desarrollo de los componentes virtuales: sala de conversatorio virtual — depósito de materiales — Biblioteca virtual, etc.	Sí
	Desarrollo, incorporación de contenidos y lanzamiento del “Aula Virtual de ORAS-CONHU”.	Sí
Desarrollo del Componente EPS - Curso de EPS de “Formación de Formadores”	Diseño del curso en contenidos y aspectos operativos.	Sí
	Implementación, lanzamiento y realización del curso.	Sí
Iniciativas de desarrollo de competencias para la rectoría, planificación y gestión de los RHS - Diseño y validación del plan modular para los 5 años	Diseño, validación y aplicación del instrumento diagnóstico orientado a determinar las principales áreas de interés de los países.	No
	Definición del plan de desarrollo de competencias, basado en el ejercicio de priorización hecho por los países.	No
	Implementación de las iniciativas y capacitación, incluyendo el uso de diferentes modalidades de instrucción en que se intercalan actividades virtuales — semipresenciales y presenciales.	No

Fuente: Presentación Reunión Comité Andino de RHS – Venezuela, 2022.

## 5.2. Generación de información y conocimiento

La complejidad del actual contexto mundial, la rapidez del avance tecnológico, así como los desafíos derivados de los objetivos de cobertura y acceso universales de salud, demandan de más y mejor conocimiento de las condiciones de los mercados de la formación y del trabajo en salud. La PARHS se hace cargo de este desafío y plantea dentro de los compromisos regionales, la necesidad de desarrollar estudios que aporten al conocimiento en el campo de los RHS y, como consecuencia, contribuyan al diseño de políticas públicas bien fundamentadas y orientadas.

En el marco del POA 2019, se comprometió la realización de dos actividades en este ámbito. La primera correspondiente a la elaboración del estudio sobre las motivaciones e intereses de los RHS en zonas subatendidas y, la segunda, referida a la modernización y activación del Observatorio Andino como espacio de intercambio de experiencias y buenas prácticas.

El estudio mencionado se desarrolló con la participación de países miembros, encontrándose actualmente en la fase de corrección para su posterior publicación. Parte

de la metodología aplicada consideró el intercambio de experiencias sobre estrategias de atracción y retención de RHS en zona subatendidas, actividad que se realizó de manera conjunta con el Programa Subregional para América del Sur de la OPS/OMS.

Adicionalmente, se desarrolló un estudio sobre competencias laborales y de formación de los médicos que se desempeñan en el primer nivel de atención. Sin embargo, este estudio no ha sido publicado requiriéndose actualizar sus contenidos.

Estos estudios se suman a los anteriormente realizados<sup>5</sup> y vienen a reforzar una de las actividades fomentadas por ORAS-CONHU en el plano de la generación del conocimiento y evidencia.

Respecto de la activación del Observatorio de RHS, la PARHS concibe este espacio virtual como una estrategia que, junto con visibilizar la situación de disponibilidad, distribución y caracterización de los RHS de la región, contribuya a posicionar los desafíos para lograr una fuerza laboral de salud suficiente, balanceada y bien distribuida, siendo más que un repositorio pasivo de información, un espacio activo para el intercambio de experiencias.

Si bien el Observatorio puede llegar a tener la potencialidad que aspira la PARHS, hasta la fecha no se ha logrado dinamizar de la manera prevista. En términos prácticos se puede decir que las iniciativas y prácticas de gestión de RHS, no han logrado ser recogidas y expuestas en este espacio de manera oportuna y sistemática. De hecho, los contenidos están totalmente desactualizados y no reflejan en absoluto las actividades realizadas, siendo necesario reflexionar acerca de su pertinencia y convivencia o integración con iniciativas como el “Repositorio Andino de Recursos Abiertos de Aprendizaje”.

Cabe señalar, que en el año 2017, la administración del observatorio se transfirió al equipo de RHS del Ministerio de Salud del Perú. Durante el presente año los países asumieron el compromiso de designar una contraparte responsable de aportar información destacada para nutrir este espacio, pero a la fecha no ha habido mayores resultados.

No obstante, lo anterior, durante este período se han realizado múltiples esfuerzos de intercambio de experiencias que no han quedado ni reflejadas, ni respaldadas en el Observatorio. Entre estas se cuenta las siguientes actividades realizadas de manera conjunta con el Programa Subregional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/SAM):

- Diálogos de Políticas Regionales sobre los cinco temas de interés que se han identificado alrededor de la gestión de los RHS. A saber: Uso de datos y análisis de información para la planificación de los RHS; Gobernanza de los RHS; Mejorar

---

<sup>5</sup> ORAS-CONHU ha fomentado de manera activa la realización de estudios en el ámbito de los RHS, entre estos se cuentan:

- Monitoreo de la Política Andina de Planificación y Gestión de RHUS.
- Sistema de Monitoreo de Migraciones de Profesionales de la Salud.
- Análisis del Componente de Recursos Humanos en los modelos de Salud Familia Comunitaria e intercultural.
- Monitoreo de planes y estrategias de Disminución de Brechas de Recursos Humanos en Salud.
- Sistematización y Análisis de Experiencias de Determinación de Brechas de Recursos Humanos en Salud.
- Desarrollo de Esquemas de Incentivos para la Retención del Personal de Salud en Áreas Rurales y de Difícil Acceso.

la disponibilidad y distribución de los RHS a nivel subnacional; Estrategias para la capacitación rápida de los RHS; Salud mental de los RHS.

- Intercambio de experiencias de disponibilidad e involucramiento de trabajadores comunitarios y su incorporación en los equipos de salud. Se contó con la presentación de experiencias significativas de Ecuador y Venezuela, así como también intervenciones de representantes de Bolivia y Colombia. Se resaltó la importancia del trabajador comunitario (TC) como un agente inserto en la comunidad, con capacidades de actuar en la interculturalidad y capacidad de comprensión de los determinantes sociales.
- Reunión técnica sobre metodologías para la estimación de brechas del personal de salud, de los ministerios de Salud de Perú y Uruguay.

En la siguiente tabla se sintetizan los compromisos regionales en el ámbito de generación de información y conocimiento, así como su cumplimiento.

**Tabla N.º 7: Compromisos regionales, información y conocimiento**

<b>Ámbito: Generación de información y conocimiento</b>		
<b>Iniciativa</b>	<b>Actividades</b>	<b>Cumplimiento de la actividad (sí - no)</b>
Desarrollo de estudios y fortalecimiento del Observatorio Andino de RHS	Investigación acerca de los intereses, las motivaciones profundas como base para la elección de desempeño en zonas subatendidas.	Sí
	Modernización y activación del Observatorio Andino como espacio de intercambio de experiencias y buenas prácticas.	No

### 5.3. Fortalecimiento de la gobernanza

La complejidad de los desafíos propios del campo de los RHS demanda la existencia de políticas públicas sólidas, sustentables y con proyección en el tiempo. La necesidad de recursos de toda índole, así como la multiplicidad de actores y la diversidad de intereses que estos representan, suman complejidad y hacen que sea necesario contar con estrategias que permitan un ejercicio pleno de las funciones de rectoría y regulación, en el marco de los vaivenes del juego democrático.

En este contexto, la PARHS promueve la generación de instancias de diálogo e intercambio, no solo para contribuir a una mejor gobernanza sectorial, sino que como espacio de diseño y negociación de políticas de desarrollo de los RHS que consideren todo el ciclo de vida laboral, partiendo desde los procesos de planificación y formación del personal sanitario.

Uno de los desafíos centrales desde el punto de vista de la gobernanza de los RHS, es su formación, siendo la característica más habitual en este ámbito, altos niveles de

desregulación, aumento sostenido de la matrícula en carreras de la salud y desajuste entre las competencias requeridas para sistemas de salud en transformación, y las que se verifican al egreso de las y los estudiantes.

Lo anterior llevó a priorizar en el plano de los compromisos regionales, el desarrollo de estrategias para promover alianzas entre los ministerios de Salud y las instituciones formadoras, con vistas a lograr las adecuaciones curriculares que son requeridas para avanzar en cobertura y acceso. Desde esta perspectiva, el POA priorizó la realización de encuentros de articulación intersectoriales y propiciar vínculos con otras entidades que trabajan el tema de RHS.

La actividad central que se realizó fue el “Encuentro articulación Salud-Educación: Reorientación curricular hacia la atención primaria de salud de todas las carreras de salud”. Esta actividad se realizó de manera conjunta con la OPS/OMS y la UDUAL.

El encuentro permitió reflexionar e identificar algunos desafíos, a partir de las experiencias planteadas.

- Necesidad de cambiar el paradigma biomédico, como enfoque predominante de la formación.
- Avanzar en acciones de vinculación de la universidad con los territorios, logrando convergencia entre la comunidad, la universidad y los servicios.
- Implementar estrategias de formación de formadores, para internalizar los aspectos esenciales del enfoque de atención primaria en salud.
- Necesidad de desarrollar, en el marco de los crecientes niveles de migración, instrumentos para convalidar profesiones de salud en la región.
- Adicionalmente, se realizaron diversas actividades en este ámbito, entre las que se cuentan:
- Encuentro de sensibilización Salud-Educación en coordinación con la Unión de Universidades de América Latina y el Caribe, con el objetivo de impulsar un proceso de sensibilización para un mayor vínculo entre la formación del recurso humano en salud y las necesidades derivadas de la transición demográfica y epidemiológica, y su impacto en la demanda de los servicios de salud.
- Intercambio de experiencias, “Hacia una nueva normalidad. RHS desafíos en su formación”. El propósito fue presentar y discutir sobre la situación actual de la formación de los RHS y los desafíos, para incrementar la cantidad y la calidad de la formación, para satisfacer las necesidades territoriales desde APS, con un abordaje desde los determinantes sociales de salud (DSS).
- Reunión técnica de educación interprofesional como elemento transversal, para mejorar los sistemas de acreditación en salud.
- Reunión virtual de presentación de La Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud (RETS) y propuestas de trabajo conjunta con el ORAS-CONHU y SAM/OPS.

Respecto de la generación de vínculos con otras entidades, durante este período y como ha sido tradicional, se ha buscado la sinergia de las agendas y la complementariedad

del trabajo de cooperación técnica con diferentes actores, prioritariamente, agencias y entidades de formación. Dentro de este esfuerzo, destaca el impulso para implementar de manera conjunta el "Plan Especial de Monitoreo del Plan de Acción RR. HH. y la Política Andina de Recursos Humanos" con el Programa Subregional de la Organización Panamericana de la Salud.

En el siguiente cuadro se sintetizan los compromisos regionales en el ámbito de fortalecimiento de la gobernanza, así como su cumplimiento.

**Tabla N.º 8: Compromisos regionales fortalecimiento de la gobernanza**

Ámbito: Fortalecimiento de la gobernanza		
Iniciativa	Actividades	Cumplimiento de la actividad (sí – no)
Encuentro salud/educación previsto en la política	Diseño de la actividad "Encuentro anual de articulación Salud-Educación".	Sí
	Generación de vínculos con otras entidades interesadas en el tema (OPS — Colegios Profesionales — Asociaciones de médicos de familia — etc.).	Sí
	Organización y realización del evento.	Sí

## 5.4. Actividades en el marco de la COVID-19

La pandemia por COVID-19, no solo tuvo impacto en la planificación de actividades a escala nacional, también a nivel regional puso a prueba la capacidad de ajuste y flexibilidad, siendo importante señalar las actividades realizadas por ORAS-CONHU en este contexto.

Las actividades estuvieron enfocadas, prioritariamente, al intercambio de experiencias sobre las estrategias utilizadas en el campo de los RHS, para enfrentar los desafíos de necesidades de personal, así como su protección física y mental en el contexto pandémico. Las siguientes son las principales actividades realizadas:

- Educación como determinante social de la salud y el impacto de la COVID-19: Avances y desafíos. Participaron representantes del Ministerio de Salud de Venezuela, la Universidad de los Andes de Colombia, la Universidad de Cuenca Ecuador y la UNESCO-Perú.
- Reunión Virtual del Comité Andino de Recursos Humanos en Salud, con el objetivo de establecer líneas de acción comunes para afrontar de mejor manera la pandemia.

- Gestión de los Recursos Humanos para la salud en el marco de la COVID-19. Participaron representantes de los ministerios de Salud de Ecuador y Perú, conjuntamente, con el Programa Subregional para América del Sur OPS/OMS.
- Integración disciplinaria para combatir la pandemia. Participaron la Directora General de Personal del Ministerio de Salud del Perú, el representante del Centro de Investigación en Salud Poblacional Instituto Nacional de Salud Pública, México, y el asesor regional en Desarrollo de Recursos Humanos de Salud de la OPS/OMS WDC. Se indicaron las siguientes experiencias de Perú: Conformación de Equipos de Respuesta Rápida (ERR); Equipos de Seguimiento Clínico; Operación Territorial de Ayuda para el Tratamiento y Aislamiento frente a la COVID-19 (TAYTA); Equipos de Intervención Integral del Primer Nivel de Atención (EII).
- Presentación del estudio por parte de la OMS y SAM/OPS, para obtener lecciones aprendidas de las respuestas de países y contribuir al desarrollo de políticas de RHS, e inversión para el fortalecimiento de los sistemas de salud.
- Conversatorio sobre el estudio “Respuesta de los países andinos para abordar aspectos relacionados al RHUS y responder a la COVID-19” – participan 5 de los 6 países andinos, organizado por SAM/OPS y la OMS.
- Reconversión de los puestos de trabajo de Recursos Humanos durante la pandemia, Colombia y Perú presentaron estrategias para abordar el déficit crítico de la disponibilidad del RHS.
- Taller sobre salud mental y la formación de los técnicos de salud, realizada por la Red Internacional para la Formación de Técnicos Sanitarios (RETS) y la Red de Escuelas Técnicas Sanitarias de la Comunidad de Países de Lengua Portuguesa (RETS-CPLP).
- Mecanismos en la atención del personal de salud en la pandemia. Experiencias de Bolivia y Perú, participaron representantes de las áreas de Recursos Humanos de ambos ministerios de Salud.



OF

# 6. VIGENCIA Y PROYECCIÓN DE LA PARHS AL 2030

De acuerdo con los resultados obtenidos en el taller presencial, la revisión documental (actas, informes, ayuda memorias) y el intercambio con las contrapartes de países, es posible señalar lo siguiente:

- Los desafíos que busca hacer frente la PARHS y su Plan Estratégico, siguen estando plenamente vigentes y son representativos, en diferentes grados y magnitudes, de la realidad de los países miembros de ORAS-CONHU, cuya condición de “países andinos” les otorga una identidad propia, fuerte y compartida, en un marco de amplia diversidad social, política y ecológica.
- Los países comparten el diagnóstico inicial, así como los planteamientos contenidos en el propósito y visión planteados por la PARHS, los que siguen plenamente vigentes.

**Tabla N.º 9: Propósito y visión de la PARHS**

<b>Propósito PARHS</b>	“Contribuir al efectivo ejercicio del derecho a la salud de todos los habitantes de la Región Andina generando condiciones para el acceso, la cobertura, la capacidad resolutoria, la adecuación cultural y la calidad de los servicios de salud, ampliando su capacidad de interacción intersectorial hacia la remoción de los principales determinantes”.
<b>Visión de la PARHS</b>	“Para fines del año 2022 los países de la Región Andina exhibirán avances significativos intra e intersectoriales en conformar una fuerza laboral sostenible, dimensionada, en proceso de formación continua, comprometida con la calidad y pertinencia de los servicios de salud, promotora de una accesibilidad y cobertura universales, con competencias en articulaciones institucionales y facilitación de procesos participativos, y comprometidos con el efectivo ejercicio del derecho a la salud de las comunidades a quienes sirve”.

Fuente: Política Andina de RHS 2018-2022.

- La caracterización de la fuerza laboral de salud que la PARHS propone, refleja la naturaleza y rol que cumplen las y los trabajadores de la salud, así como el impacto que tienen sobre el diseño, implementación y éxito de las políticas públicas de salud que se encuentra plenamente vigente.

**Tabla N.º 10: Caracterización de los RHS**

<b>Esencialidad</b>	<b>Servicios de personas para personas</b>
<b>Centralidad</b>	Componente clave para viabilizar las política y planes de salud.
<b>Protagonismo</b>	“Sujeto activo, inhibe o propicia los cambios.
<b>Intersectorialidad</b>	CVL es afectado por múltiples sectores y actores.
<b>Aprendizaje continuo</b>	Dinámica sectorial, cambios tecnológicos, cambios organizacionales.
<b>Movilidad profesional</b>	Mercado de trabajo con múltiples externalidades.

Fuente: Política Andina de RHS 2018-2022.

- Las denominadas “Metas resumen integradas” (Tabla N.º 11), requieren ser revisadas, priorizadas y simplificadas. Un ejemplo podría ser sintetizar en una sola, todas aquellas referidas a la disponibilidad de información estratégica para la toma de decisiones.

En otro plano, algunas metas corresponden más bien a medios que a fines propiamente dicho, siendo también necesario separar las estrategias sugeridas de los propósitos a lograr. Por ejemplo, “lograr acuerdos de largo plazo con instituciones formadoras”, es el fin; en tanto, la existencia de “mesas de enlace”, es el medio. Sin perjuicio a lo que se ha demostrado, que la existencia de mesas de enlace es una buena estrategia, cada país podría, según sus propias dinámicas internas, lograr la generación de acuerdos de largo plazo a través de otras estrategias pertinentes a su realidad nacional.

No obstante, es necesario señalar que los resultados que buscan las metas, siguen estando vigentes y representan aspectos que debieran ser abordados por los países, abriéndose posibilidades respecto de los medios para lograrlas.

**Tabla N.º 11: Metas resumen integradas**

Autoridad nacional con información, sistemas de monitoreo, mecanismos de regulación y capacidad de rectoría y de articulación intersectorial e interinstitucional sobre el amplio campo de la fuerza laboral en salud instalada y funcionando.
Implementación de un sistema de información y monitoreo de las condiciones de contratación de los RR. HH. de los subsectores público y seguridad social, que permita identificar inequidades.
Desarrollo de un sistema de información y monitoreo de RR. HH. en aspectos demográficos, sociopolíticos, laborales y educativos.
Alta coordinación entre empleadores, formadores, reguladores y formuladores de políticas de salud entre los países de la región, para contar con una fuerza laboral comprometida con el derecho a la salud y las necesidades locales.
Impulsar ámbitos de diálogo y propiciar consensos intersectoriales con organizaciones de trabajadores, organizaciones de usuarios y familiares de servicios de salud y otros actores sociales involucrados en la problemática.
Constitución de una mesa de enlace entre ministerios e instituciones universitarias para establecer acuerdos de largo plazo, que reúnan el requisito de fortalecer por igual a todas las instituciones; asumiendo la complejidad como un desafío y no como obstáculo para el abordaje de estas y otras problemáticas que requieren acciones de cuidado en salud, en el primer nivel de atención y en red con otros niveles.

Fuente: Política Andina de RHS 2018-2022.

- Respecto de las 5 Líneas de Acción y 10 objetivos contenidos en el Plan Estratégico, existe amplio consenso respecto de la vigencia de las temáticas que abordan, sin embargo, es necesario adecuarlos metodológicamente, simplificarlos y acotarlos claramente.

Por ejemplo, el objetivo 1.1 correspondiente a la línea de acción sobre rectoría y gobernanza (2019), señala:

**Establecer las instancias y los mecanismos pertinentes para involucrar en acciones intersectoriales a la totalidad de los agentes, actores sociales e instituciones que participan de la construcción y regulación del curso de vida profesional monitoreando y corrigiendo inadecuaciones y desbalances actuales o potenciales. (p. 26)**

La pregunta que plantean los países es cuándo y bajo qué condiciones se da por cumplido este objetivo. Qué pasa si no se incorpora la totalidad de actores del campo, o si incorporándose, no se realizan acciones de monitoreo o estas no logran avanzar en corregir las inadecuaciones o desbalances.

El ejemplo anterior se repite en otros objetivos, cuya complejidad y amplitud, hacen difícil evaluar avances o niveles de cumplimientos.

- Derivado de cada objetivo se desprenden intervenciones de impacto, indicadores y compromisos. Si bien no existen mayores observaciones, respecto de su sentido, nuevamente se plantea la necesidad de adecuación metodológica y simplificación, abriendo opciones para que sea cada país el que diseñe sus propias rutas, de acuerdo con sus realidades.

Algunos indicadores debieran ser transformados en estrategias sugeridas, en tanto, los nuevos indicadores que se propongan deben ser de simple observación y chequeo. Por ejemplo, un indicador asociado al objetivo 3.2 (2019) sobre incrementar la calidad y pertinencia de los servicios y programas de salud, es: “grado de avance en el relevamiento sobre disponibilidad de recursos docentes incluyendo docentes con competencias TIC’s” (p. 32).

Por una parte, este indicador aborda dos diferentes desafíos. Uno, el conocimiento sobre recursos docentes existentes y, dos, si estos docentes tienen o no competencias en TIC’s. Por otra parte, “el relevamiento sobre disponibilidad de recursos docentes” es un medio que permite, posteriormente y en base a dicho conocimiento, establecer metas e indicadores sobre cobertura de docentes con competencias TIC.

El ejemplo anterior se repite en otros indicadores, cuya complejidad y amplitud hacen difícil evaluar avances o niveles de cumplimiento.

Es necesario señalar que la fase de elaboración de los planes operativos nacionales, había sido concedido como un ejercicio de ajuste por parte de los países. Se esperaba que cada país analizara, seleccionara y priorizara las áreas en que intervendría, tomando como marco de referencia las propuestas de la PARHS a nivel de objetivos, intervenciones e indicadores, para lo cual tenían a la vista los resultados del establecimiento de la línea

base. Es posible que haberse saltado esta fase, también aporte a la visión existente al día de hoy.

Es decir, la PARHS era un marco orientador de referencia, sobre el cual los países debieran haber priorizado iniciativas, sin necesidad de abordarla en toda su complejidad.

La visión actual sobre la PARHS no le resta vigencia a los contenidos que propone, sino más bien son un llamado de atención para que, en el marco de lo propuesto, se haga un ejercicio de adecuación metodológica y simplificación, separando las posibles estrategias de desarrollo, de las metas y objetivos, reduciendo su número y concentrándose en aquellos más directamente relacionados con las metas de acceso, cobertura y ajuste de perfiles requeridos, en el marco de sistemas de salud en procesos de transformación.



7

# 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Tal como se señala en la introducción, estamos a punto de conmemorar el 45 aniversario de la declaración de Alma-Ata, el tiempo transcurrido ha sido testigo de éxitos y frustraciones. El mejoramiento de indicadores sanitarios como la esperanza de vida o el aumento de las coberturas en vacunación, se cuentan dentro de los logros, sin embargo, al lado de éxitos como los mencionados, conviven importantes niveles de frustración, ya que siguen existiendo, al igual que 45 años atrás, importantes grupos de personas marginadas del derecho a una vida y salud dignas.

Quizás la mayor frustración es que existiendo evidencia sobre las estrategias que permiten enfrentar los problemas derivados de las inequidades en salud, hemos sido incapaces de lograr la transformación de nuestros sistemas hacia unos que, basados en la estrategia de atención primaria y con mejores niveles de inversión pública, logren garantizar un derecho humano tan básico como el derecho a la salud.

En un sector altamente dependiente de la fuerza laboral, una de las barreras para ampliar el derecho a la salud ha sido la inadecuada disponibilidad y distribución de profesionales y técnicos de la salud, así como, el desajuste entre los perfiles disponibles y los requeridos en sistemas de salud que buscan avanzar en acceso y cobertura.

Somos testigos que los procesos de cambios requeridos no han llegado, o si han llegado lo han hecho lenta y acotadamente. La pandemia por COVID-19 sirvió para poner aún más en evidencia lo señalado. Sin embargo, a pocos días de terminar el año, se observa que, junto con decrecer las cifras de fallecidos asociados a esta enfermedad, ha decrecido el convencimiento sobre la necesidad de fortalecer los sistemas de salud y, en particular, el primer nivel de atención, volviéndose a la eterna lucha por conseguir más y mejores recursos.

Este contexto requiere, junto con renovar esfuerzos, focalizarlos en un número priorizado de objetivos. Desde el punto de vista de la futura PARHS, es recomendable profundizar la articulación con otros mecanismos de integración que comparten propósitos similares. Por ejemplo, con la Estrategia de RHS para el acceso y cobertura universal de salud de OPS/OMS.

Lo anterior, recoge una demanda de los países, en el sentido de generar sinergia y evitar duplicidades que les signifiquen trabajo adicional de monitoreo y seguimiento.

Las líneas de acción debieran considerar los siguientes temas que han sido desafíos permanentes para el desarrollo de las políticas de RHS:

- Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza de los RHS para lograr políticas públicas sólidas y respaldadas, que permitan abordar los desafíos del campo de los RHS.

- Disponibilidad y distribución de los RHS por territorio, subsectores, niveles de atención y segmentos sociales.
- Formación profesional de los RHS con énfasis en APS y equipos interprofesionales.
- Gestión del empleo y trabajo, con perspectiva de trabajo decente y generación de condiciones para la atracción de los RHS en las zonas donde sean requeridos.

Adicionalmente, la pandemia por COVID-19 ha visibilizado nuevos desafíos que también debieran tener un espacio en las futuras políticas de RHS, entre los que cabe desatacar la salud mental de las y los trabajadores, las condiciones de seguridad en el trabajo y el bienestar de los equipos de salud.

Desde un punto de vista del Plan Estratégico, también es necesario acotar el número de indicadores, simplificándolos en términos de su alcance y contenidos. De acuerdo con lo planteado en el taller presencial, se sugiere que exista un grupo de indicadores priorizados y comunes para todos los países, considerando aquellos más relacionados con la visión de la PARHS, es decir, referidos al acceso de la población a equipos multiprofesionales de salud, especialmente en las poblaciones subatendidas.

Estos indicadores debieran considerar resultados de impacto y desarrollo de procesos críticos. En el primer caso, se sugiere hacer seguimiento a la densidad de profesionales de la salud en las áreas con menor cobertura de atención. En el segundo caso, los indicadores de proceso debieran focalizarse en la transformación de los procesos de formación, desde perfiles centrados en la atención hospitalaria, hacia otros centrados en la salud familiar y comunitaria.

Adicionalmente, es posible ofrecer una batería de indicadores opcionales a seleccionar, de acuerdo con la realidad y prioridades de las políticas nacionales de desarrollo de los RHS. Entre estos, es posible incorporar temas en las siguientes áreas:

- Rectoría y gobernanza sectorial.
- Sistemas de información estratégica de RHS.
- Composición y competencias de los equipos de conducción a escala nacional y en las instancias descentralizadas de gestión y desarrollo de los RHS.
- Condiciones laborales según los principios de trabajo decente y con perspectiva de género.
- Estrategias de Educación a Distancia y Educación Permanente en salud.
- Migración y establecimiento de mecanismos de reconocimiento de estudios.
- Trabajadores comunitarios y enfoque de interculturalidad.
- Planificación, proyección de necesidades y establecimiento de brechas de RHS.
- Estrategias de atracción, localización y fidelización del personal sanitario.
- Articulación entre instituciones y organizaciones involucradas con la formación y la calificación del personal técnico del área de salud.

Por su parte, la actividad del ORAS-CONHU en el marco de la PARHS debiera continuar focalizándose en la suscripción de compromisos concretos por parte de las autoridades ministeriales, para impulsar políticas públicas de RHS a escala nacional, sustentables y de largo plazo. El apoyo que el ORAS-CONHU en su misión, es ampliamente valorado por los equipos técnicos, les ayuda a visibilizar los desafíos del área y contribuye al posicionamiento de estos temas en la agenda nacional.

De igual manera, los países valoran las opciones de capacitación y las estrategias de desarrollo de competencias que ha impulsado el ORAS-CONHU, especialmente, cuando estas instancias consideran espacios de intercambio de experiencias concretas implementadas a escala nacional, ya sea dentro o fuera de la Región Andina.

A la vez, los países demandan del Organismo, mayor simplificación en los instrumentos derivados de la PARHS, así como, la apertura de espacios de flexibilización y adecuación de las políticas a las respectivas realidades nacionales. Lo anterior, junto con facilitar el trabajo de monitoreo, se adapta de mejor manera al ritmo y carga de trabajo que habitualmente soportan los equipos técnicos nacionales.

En suma, existe consenso sobre la necesidad de contar con un marco de políticas de RHS a nivel regional, se comparte que los énfasis de la actual política reflejan los temas de interés nacional, ratificándose la necesidad de dar continuidad a los desafíos planteados en las líneas de acción y los objetivos. En tanto, se requiere adecuar la metodología y reorganizar los contenidos, especialmente, aquellos referidos a las propuestas de intervención, compromisos e indicadores nacionales y regionales, distinguiendo con claridad las estrategias de las metas concretas a lograr.



Ministerio

nas que at

DE SA

8

# 8. ANEXOS

## 8.1. Anexo N.º 1: Producto 1 - Taller presencial

### 8.1.1. Metodología evaluación de la PARHS: Taller presencial

La propuesta metodológica se orienta a aprovechar la oportunidad que ofrece retomar la presencialidad, para estimular el diálogo e intercambio de experiencias en torno a los siguiente temas:

**Figura N.º 10: Proceso de trabajo – Compromisos nacionales**



Fuente: Elaboración propia.

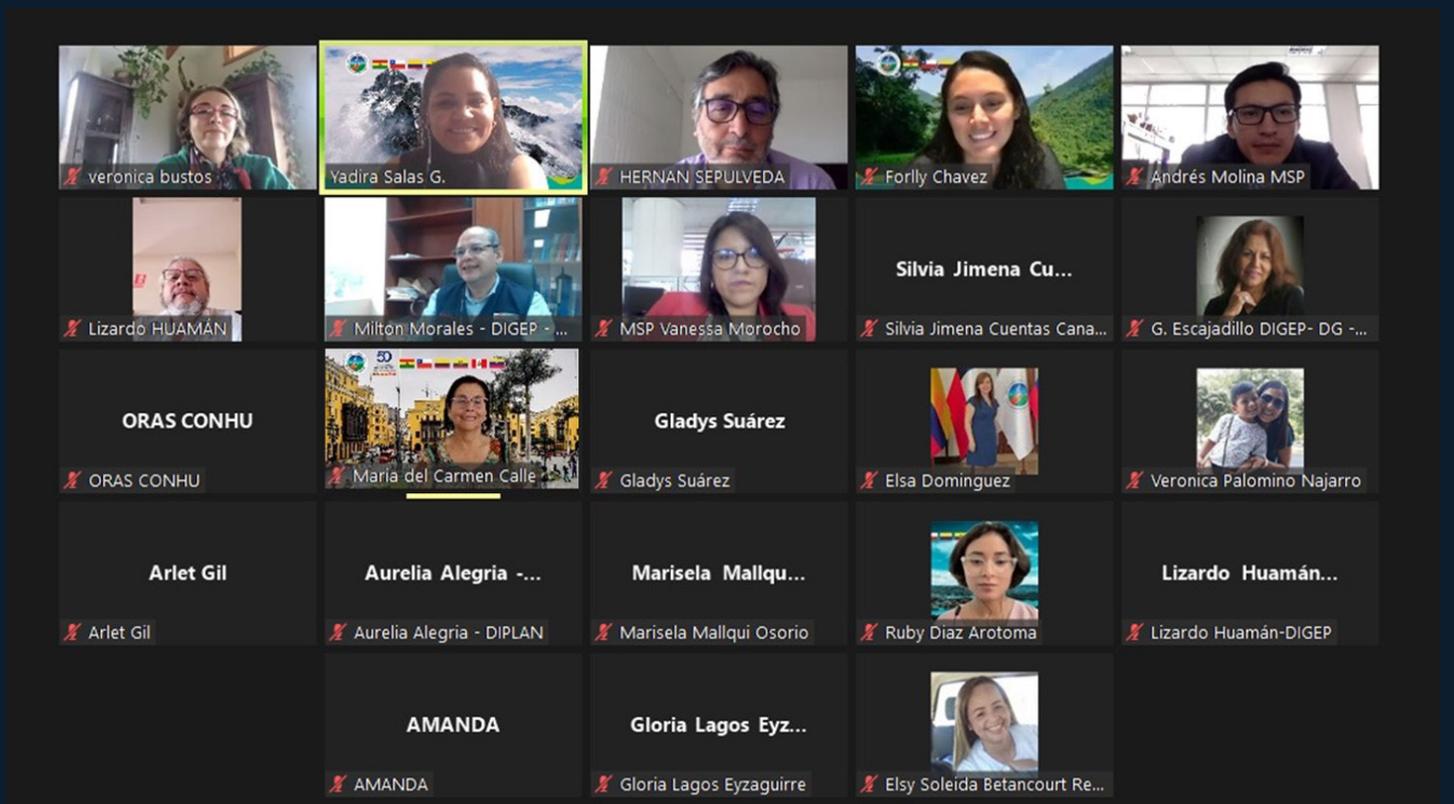
La estructura de la jornada contempló los siguientes contenidos y objetivos:

- **Contexto estratégico regional** en que se aborden los contenidos de la Estrategia y Plan de Acción de RHS, para el acceso y cobertura universal de salud impulsada por OPS y los espacios de articulación con la PARHS elaborada por ORAS-CONHU.
- Presentaciones de países orientada a compartir experiencias de trabajo que han logrado mayor desarrollo, vinculadas con algunas de las líneas de acción de la política y plan de RHUS.
- **Debate sobre los desafíos de la migración**, se busca analizar el impacto de la migración sobre la disponibilidad de RHS, la inversión en formación y en condiciones laborales, tanto en los países receptores como emisores de profesionales y técnicos de la salud, así como propiciar compromisos en torno al tema migratorio.
- **Evaluación y proyección de la PARHS**, se busca conocer la experiencia y valoración general que los países miembros del ORAS-CONHU tienen de la PARHS y su visión sobre su vigencia y continuidad. Posteriormente, se necesita recoger la visión específica de los países sobre la importancia, pertinencia y viabilidad de cada uno de los objetivos planteados en la PARHS, así como su opinión respecto de la mantención, eliminación y/o modificación de cada iniciativa.

### 8.1.2. Registro fotográfico



Reunión presencial del Comité Andino, Caracas, 2022.



Reunión virtual del Comité Andino de RSH, presentación de resultados de evaluación de la Política, 12 de abril de 2023.

### 8.1.3. Programa extendido de trabajo y metodología del Taller

#### Antecedentes

- La Política y el Plan Andino de RHS 2018-2022 (PARHS) (2019) planteó una serie de metas en diferentes ámbitos, incluyendo la salud y sus determinantes, señalándose explícitamente la necesidad de: “Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas en todas las edades” (p. 17).
- El propósito central de la Política Andina de RHS (2019) es:

Contribuir al efectivo ejercicio del derecho a la salud de todos los habitantes de la región andina generando condiciones para el acceso, la cobertura, la capacidad resolutive, la adecuación cultural y la calidad de los servicios de salud, ampliando su capacidad de interacción intersectorial hacia la remoción de los principales determinantes, contribuyendo al efectivo ejercicio del derecho a la salud de todos los habitantes de la región andina generando condiciones para el acceso, la cobertura, la capacidad resolutive, la adecuación cultural y la calidad de los servicios de salud, ampliando su capacidad de interacción intersectorial hacia la remoción de los principales determinantes. (p. 22)

- Para lograr los desafíos señalados la Política plantea líneas de acción, con sus respectivos objetivos e intervenciones (ver Anexo N.º 1), orientados a lograr avances en la conformación de una fuerza laboral sostenible, dimensionada, en proceso de formación continua, comprometida con la calidad y pertinencia de los servicios de salud, promotora de la salud universal, con competencias en articulaciones institucionales y facilitación de procesos participativos, en suma, comprometidos con el efectivo ejercicio del derecho a la salud de las comunidades a quienes sirve.
- Habiendo finalizado el período de implementación, los países andinos han concordado la realización de una reunión que considera, entre otros objetivos, evaluar el nivel de cumplimiento de los compromisos asumidos, así como realizar un ejercicio de planificación y priorización de contenidos a ser considerados para el período 2022-2030. Todo lo anterior, teniendo como marco global de referencia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).
- Adicionalmente, en reunión del Comité Andino de RHS se plantearon dos temas de interés transversal, ambos vinculados con los fenómenos migratorios. El primero, sobre los mecanismos de homologación de títulos vigentes en cada país y del número y características del personal sanitario migrante que trabajan en el sistema de salud, especialmente, en el primer nivel de atención.

#### Objetivos de la reunión

Objetivo general: Contribuir al desarrollo de una fuerza laboral de salud orientada a fortalecer la transformación de los Sistema de Salud de los países andinos hacia el acceso y cobertura universal de la salud, formada en coherencia con el modelo de atención que se desempeña en condiciones de trabajo decente, se distribuye equitativamente y actúa con altos parámetros de motivación, competencia técnica y calidez humana.

### Objetivos específicos:

- Evaluar la implementación de la PARHS y los avances en la planificación y gestión de los RHS en los países miembros del ORAS-CONHU, e identificar líneas estratégicas para el período 2023-2030.
- Analizar los contenidos de la Estrategia y Plan de Acción de RHS para el acceso y cobertura universal de salud, impulsada por OPS y los espacios de articulación con la PARHS, elaborada por el ORAS-CONHU.
- Compartir la experiencia y buenas prácticas que cada país ha tenido en los ámbitos incorporados en la Política Andina de RHS 2018-2022.

### Programa detallado y metodología de la reunión

Lunes 17 de octubre de 2022

Horario	Actividad - Objetivo	Responsable
11:00	Saludo de bienvenida Inauguración de la reunión	Dra. María del Carmen Calle
11:20	Presentación de objetivo de la reunión Presentación de los participantes Presentación de la consultora	Mag. Yadira Salas
11:30	Plan de Acción de RHS para la Salud Universal – OPS/ SAM	Lic. Hernán Sepúlveda
12:00	Presentación de experiencias exitosas y buenas prácticas por país 12:00 – Bolivia 12:30 – Chile	Representantes de países

#### Metodología para la presentaciones de los países

##### Objetivo:

- Compartir las experiencias de trabajo que han logrado mayor desarrollo en algunas de las líneas de acción de la política y plan de RHUS.

##### Orientaciones:

- Privilegiar iniciativas relacionadas con alguna de las líneas de acción y objetivos planteados por la PARHS (ver Anexo).
- Considerar iniciativas que hayan sido implementadas y evaluadas, evitando aquellas que estén en fase de diseño y que, por lo tanto, no tienen aún resultados concretos que exhibir.
- Se solicita considerar una breve descripción de la iniciativa, señalando en qué consistió, el diagnóstico o situación problema que se buscaba abordar a través de su implementación. Los objetivos planteados y resultados esperados. Finalmente, en la medida que la naturaleza de la iniciativa lo permita, incorporar indicadores cualitativos y cuantitativos de logro considerados.
- Identificar los factores facilitadores y obstaculizadores que enfrentaron al momento de su diseño y posterior implementación. En esta misma perspectiva, indicar cuáles fueron los actores involucrados en el proceso y las acciones de gobernanza realizadas por el ministerio, para asegurar su viabilidad política.
- Finalmente, describir los resultados logrados, principales proyecciones y el grado de sostenibilidad que se espera tenga en el futuro.

15:30 – Pausa		
16:00	<p>Debate: “Desafíos de la migración en la Región Andina”</p> <p>Objetivo: Abordar los desafíos derivados de los fenómenos migratorios, en especial el referido a los técnicos y profesionales de salud.</p>	Dra. María del Carmen Calle
<p><b>Metodología para el debate</b></p> <p>Diálogo abierto con los participantes en torno a preguntas que estimulen y orienten el análisis hacia los temas centrales del fenómeno migratorio del personal de salud.</p>		
<p>Una persona conducirá el diálogo (Dra. Calle) y otra tomará nota de los principales aportes (Lic. Salas).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo ha afectado el fenómeno de la migración de personal sanitario a sus países?</li> <li>• ¿Son países receptores o emisores de personal sanitario?</li> <li>• ¿Existe una cuantificación (estadística o estimaciones) del volumen de técnicos y profesionales extranjeros trabajando en cada país?</li> <li>• ¿Qué estrategias podrían impulsarse desde el ORAS-CONHU para gestionar adecuadamente la migración del personal sanitario entre los países de la región andina?</li> <li>• En este contexto, ¿cuáles son los mecanismos de convalidación, homologación o reconocimiento formal de títulos para la habilitación laboral de extranjeros?</li> <li>• ¿Existe voluntad de avanzar en acuerdos para facilitar la homologación? O por el contrario, ¿se considera que una regulación estricta contribuye al control de la migración calificada?</li> </ul> <p>Una vez realizado el diálogo y según el ambiente del debate, se promoverá la generación de compromisos concretos en torno al tema migratorio. Se plantea a modo de ejemplo los siguientes compromisos incluidos en la PARHS 2018–2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización, compatibilización y sistematización de leyes, códigos, regulaciones y marcos normativos que incidan en la inserción y la movilidad del personal técnico y profesional de la salud.</li> <li>• Establecimiento de convenios y regulación de flujos migratorios.</li> <li>• Evaluar posibilidad de implementar procesos de migración circular entre países de la región (rotaciones, pasantías).</li> </ul> <p>La actividad se cierra haciendo una síntesis de los principales contenidos tratados y de los compromisos preliminares adoptados.</p>		
18:00	Cierre de la jornada	Dra. María del Carmen Calle

Martes 18 de octubre de 2022

Horario	Actividad - Objetivo	Responsable
9:00	Saludo y resumen de la jornada anterior	Dra. María del Carmen Calle
9:15	Presentación de la metodología de trabajo y conformación de grupos	Lic. Verónica Bustos
9:30	Taller de Evaluación y Proyección de la PARHS Objetivo: Conocer la experiencia y valoración general que los países miembros del ORAS-CONHU tienen de la PARHS y su visión sobre su vigencia y continuidad.	Trabajo grupal
<b>Metodología del Taller trabajo grupal</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Se formarán dos grupos de trabajo. Cada grupo elegirá un secretario técnico encargado de tomar las notas y registrar los acuerdos, y un responsable de exponer las conclusiones del grupo.</li> <li>•Cada grupo será apoyado por una facilitadora encargada de orientar en los aspectos metodológicos para orientar la discusión.</li> </ul>		
<b>Grupo I</b>		<b>Grupo II</b>
Dra. María del Carmen Calle Representantes de: Bolivia Chile Ecuador		Dra. Marisela Mallqui Representantes de: Colombia Perú Venezuela
<b>Facilitadora:</b> Verónica Bustos		<b>Facilitadora:</b> Yadira Salas
<b>Evaluación global de la PARHS</b>		
Los grupos reflexionarán en torno a las siguientes preguntas guía:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Los contenidos de la PARHS coincide con los énfasis de la política interna de desarrollo del personal sanitario definida localmente?, ¿en qué medida?</li> <li>• ¿Qué importancia le asignan los países a nivel local, al contar con instrumentos de políticas de RHS subregionales?</li> <li>• ¿Cómo evalúa el grado de viabilidad de aplicación de la PARHS?</li> <li>• ¿Por qué cree que no se elaboraron los planes operativos nacionales comprometidos?</li> <li>• ¿Mantendría la estructura lógica de la PARHS considerando líneas de acción, objetivos, compromisos e indicadores? ¿Qué aspectos mejoraría y en qué sentido?</li> <li>• ¿Deben ser todos los indicadores de aplicación universal para todos los países andinos?</li> </ul>		
11:00 – Pausa		
11:30	Continuación del trabajo de taller	Trabajo grupal
12:00	Presentación Conclusiones grupo 1	Representante grupo 1
12:30	Presentación Conclusiones grupo 2	Representante grupo 2
13:00 - Almuerzo		

14:30	Trabajo de evaluación específica de los objetivos contenidos en la PARHS Objetivo: Recoger la visión específica de los países sobre la importancia, pertinencia y viabilidad de cada uno de los objetivos planteados en la PARHS, así como su opinión respecto de la mantención, eliminación y/o modificación de cada iniciativa.	Trabajo taller
<b>Metodología del taller</b>		
<p><b>Primer momento: Análisis individual</b></p> <p>Cada participante dispondrá de una matriz de trabajo (Anexo N.º 2) en que se evaluará, a través de la aplicación de una escala cualitativa, la importancia, coherencia y viabilidad de cada uno de los objetivos incluidos en la PARHS 2018–2022. Adicionalmente, se considera un espacio para que cada país se pronuncie sobre la pertinencia de mantener, eliminar y/o modificar los objetivos en la política 2030.</p>		
<p><b>Segundo momento: Puesta en común en plenaria</b></p> <p>Cada país compartirá la evaluación de cada objetivo, indicando la calificación asignada en las dimensiones de importancia, coherencia y viabilidad. Adicionalmente, señalará si plantea mantener, eliminar y/o modificar el objetivo en análisis y las razones que fundamentan su posición.</p> <p>Una vez que todos los países hayan hecho su evaluación, se hará una síntesis de cada objetivo a modo de resumen y se continuará con el objetivo siguiente.</p>		
16:30	Principales conclusiones del trabajo taller y cierre del trabajo grupal	Lic. Verónica Bustos
17:00	Cierre de la jornada: Síntesis general de la jornada y generación de compromisos	Dra. María del Carmen Calle

## 8.2. Anexo N.º 2: Metodología, evaluación y compromisos regionales

De acuerdo con la propuesta de operacionalización de las PARHS a escala regional, se propuso un proceso de trabajo que consideró priorizar los compromisos, objetivos e indicadores de la PARHS atribuibles a este nivel, dando forma a un Plan Operativo Anual -POA (adjunto al presente anexo).

Dado que en este caso se cuenta con la planificación de actividades, la metodología de evaluación sobre el cumplimiento consiste en recopilar información y medios de verificación que den cuenta del nivel de cumplimiento de cada compromiso priorizado, a través de entrevistas con la contraparte del ORAS-CONHU, así como con las contrapartes nacionales para conocer su percepción sobre las actividades en que participaron directamente.

Cabe señalar, que se priorizaron compromisos en tres ámbitos de acción: Desarrollo de competencias – Generación de información y conocimiento – Fortalecimiento de los procesos de gobernanza sectorial (ver tabla).

**Figura N° 11**  
**Ámbitos priorizados en el POA regional de la PARHS**



<b>Desarrollo de Competencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo Componente EPS</li> <li>• Plan de Fortalecimiento de competencias de las Direcciones Nacionales de RHS</li> </ul>
<b>Generación de Información y Conocimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigación sobre motivaciones como base para la elección de desempeño en zonas subatendidas.</li> <li>• Modernización y Activación del Observatorio Andino</li> </ul>
<b>Fortalecimiento de la Gobernanza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evento de Articulación Salud-Educación, para generar acuerdo con otras instituciones de la región como la Universidad Andina y/o el Convenio Andrés Bello.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia en base a la Propuesta de Operacionalización de la PARHS.

El plan de trabajo se evaluará en torno a tres preguntas:

- Realización de las actividades, se evaluará con base a las actividades contempladas en el plan de manera dicotómica (se realizó sí – no la actividad).
- Se priorizaron las actividades más relevantes y más directamente relacionadas con el producto concreto a alcanzar.
- Cumplimiento de los objetivos previstos, se analizará considerando las siguientes actividades:
  - o Análisis de los resultados con el equipo del ORAS-CONHU.
  - o En los casos que corresponda se evaluará la cobertura de participación lograda.
  - o Análisis del impacto logrado, se evaluará a través de una entrevista simple con los participantes por país (directos, entendidos estos como los beneficiarios propiamente dicho; e indirectos, integrantes del Comité Andino de RHS).
- En consideración a la situación sanitaria dada por la pandemia por COVID-19, no se evaluará el cumplimiento de plazos previstos originalmente en el POA.

La siguiente corresponde a la Matriz de evaluación compromisos regionales en el período 2019–2022 de la PARHS.

Ámbito: Desarrollo de Competencias		
Iniciativa	Actividades	Cumplimiento de la actividad (sí – no)
Desarrollo del Componente EPS (trabajo estratégico – con contrapartes de países)	Elaboración del Documento de Política de EPS del ORAS-CONHU. (Contenidos: Orientaciones estratégicas de la EPS – Potencialidades de la estrategia EPS – Experiencias exitosas con foco en zonas aisladas – Otros contenidos estratégicos a propuesta de la consultora).	
	Retroalimentación por parte de los países miembros.	
	Validación final con los países miembros (coincidiendo con la fecha de la reunión del Comité Andino de RHS).	
Desarrollo del Componente EPS (trabajo técnico – interno)	En plano operacional: Definición de condiciones mínimas de soporte necesarias para acceder a las iniciativas de capacitación.	
	En un plano de recursos tecnológicos: Diseño e implementación de la plataforma para desarrollo de los componentes virtuales: sala de conversatorio virtual – depósito de materiales – biblioteca virtual, etc.	
	Desarrollo, incorporación de contenidos y lanzamiento del “Aula Virtual del ORAS-CONHU”.	

Desarrollo del Componente EPS - Curso de EPS de "Formación de formadores"	Diseño del curso en contenidos y aspectos operativos.	
	Implementación, lanzamiento y realización del curso.	
Iniciativas de desarrollo de competencias para la rectoría, planificación y gestión de los RHS - Diseño y validación del plan modular para los 5 años	Diseño, validación y aplicación de instrumento diagnóstico, orientado a determinar las principales áreas de interés de los países.	
	Definición del plan de desarrollo de competencias, basado en el ejercicio de priorización hecho por los países.	
	Implementación de las iniciativas de capacitación, incluyendo el uso de diferentes modalidades de instrucción en que se intercalan actividades virtuales – semipresenciales y presenciales.	

### Ámbito: Generación de información y conocimiento

Iniciativa	Actividades	Cumplimiento de la actividad (sí – no)
Desarrollo de estudios y fortalecimiento del Observatorio Andino de RHS	Investigación acerca de los intereses, las motivaciones profundas como base para la elección de desempeño en zonas subatendidas.	
	Modernización y activación del Observatorio Andino como espacio de intercambio de experiencias y buenas prácticas.	

### Ámbito: Fortalecimiento de la gobernanza

Iniciativa	Actividades	Cumplimiento de la actividad (sí – no)
Encuentro salud/ educación previsto en la política	Diseño de la actividad "Encuentro anual de articulación salud-educación".	
	Generación de vínculos con otras entidades interesadas en el tema (OPS – Colegios Profesionales – Asociaciones de médicos de familia – etc.).	
	Organización y realización del evento.	

### 8.3. Anexo N.º 3: Plan Operativo Regional 2018-2022

Iniciativa	Actividades	Fecha de ejecución	Responsable	Recursos involucrados
Desarrollo del Componente EPS (trabajo estratégico – con contrapartes de países)	Elaboración del Documento de Política de EPS del ORAS-CONHU, que contiene: •Orientaciones estratégicas de la EPS. •Potencialidades de la estrategia EPS. •Experiencias exitosas con foco en zonas aisladas. •Otros contenidos estratégicos a propuesta de la consultora.	Febrero 2019	Diseño de propuestas Consultora experta  Validación inicial: Equipo ORAS-CONHU	•Contratación de consultoría. •Recursos materiales. •Reproducción y edición de documentos. •Enlaces para reuniones virtuales de presentación preliminar del componente. •Espacio virtual para Aula Virtual y Observatorio.
	Retroalimentación por parte de los países miembros.	Marzo 2019 (primera semana)		
	Incorporación de ajustes.	Marzo 2019 (segunda semana)		
	Validación final con los países miembros (coincidiendo con la fecha de la reunión del Comité Andino de RHS).	Marzo 2019		
Desarrollo del Componente EPS (trabajo técnico – interno)	<b>En plano operacional:</b> •Definición de condiciones mínimas de soporte necesarias para acceder a las iniciativas de capacitación. •Diagnóstico sobre condiciones de cobertura y accesibilidad en zonas alejadas, que permitan llegar a todos los equipos de salud. •Definición de condiciones de uso (incorporación, mantención y acceso) de los espacios virtuales. <b>En un plano de recursos tecnológicos:</b> •Diseño e implementación de la plataforma para desarrollo de los componentes virtuales: sala de conversatorio virtual – depósito de materiales – biblioteca virtual, etc.	Febrero 2019		

<b>Desarrollo del Componente EPS (trabajo técnico – interno)</b>	<p>Para el desarrollo de contenidos e incorporación de cursos ya disponibles a escala nacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Solicitud de colaboración y materiales a los países con buenas prácticas (según especificaciones técnicas). Incluyendo experiencias en:</li> <li>*Gestión de RHS en zonas subatendidas</li> <li>*Mercados de trabajo con perspectiva de género</li> <li>*Desarrollo de capacidades y competencias en zonas rurales</li> <li>*Interculturalidad</li> <li>*Buenas prácticas de instituciones educativas (reorientación curricular).</li> <li>•Revisión y sistematización de aportes de los países.</li> <li>•Incorporación de contenidos en el “Aula Virtual de ORAS.CONHU”.</li> </ul>	Marzo – abril 2019		
	Lanzamiento oficial del Aula Virtual (coincidiendo con inicio del curso de EPS para gestores de RHS – Formación de formadores).	Abril 2019		
<b>Desarrollo del Componente EPS – Curso de EPS de “Formación de formadores”</b>	<p>Diseño del curso – contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Definición de objetivos.</li> <li>•Aspectos metodológicos de enseñanza/aprendizaje.</li> <li>•Contenidos modulares.</li> <li>•Validación de la iniciativa con contrapartes nacionales.</li> <li>•Retroalimentación y ajustes.</li> <li>•Diseño final validado.</li> </ul>	Febrero – marzo 2019		
	<p>Diseño del curso – aspectos operativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Definición de destinatarios y criterios de selección.</li> <li>•Programa de ejecución.</li> <li>•Organización de los recursos pedagógicos y tecnológicos.</li> <li>•Requerimientos de coordinación y tutorías.</li> <li>•Reproducción de materiales (físicos y virtuales).</li> <li>•Incorporación de contenidos al Aula Virtual.</li> </ul>	Febrero 2019		
	<p>Implementación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Lanzamiento del curso.</li> <li>•Ejecución.</li> <li>•Monitoreo y Evaluación.</li> </ul>	Abril – julio 2019		

<b>Iniciativas de desarrollo de competencias para la rectoría, planificación y gestión de los RHS</b> <b>- Diseño y validación del plan modular para los 5 años</b>	Diseño y validación de instrumento diagnóstico orientado a determinar las principales áreas de interés de los países.	Febrero 2019	Equipo ORAS-CONHU en coordinación con entidades de formación y/o capacitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Contratación de tutores.</li> <li>•Contratación de entidades de capacitación.</li> <li>•Desarrollo de material educativo.</li> <li>•Mantención de Aula Virtual.</li> <li>•Soporte informático</li> </ul>
	Aplicación de instrumento de diagnóstico de necesidades específicas en el ámbito de la rectoría, planificación y gestión de RHS.	Marzo 2019		
	Sistematización de la información y priorización de iniciativas.	Marzo 2019		
	Definición del plan de desarrollo de competencias, basado en el ejercicio de priorización hecho por los países. Contiene: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Objetivos generales.</li> <li>•Diseño modular del curso, con definición de objetivos específicos – contenidos y metodologías por módulo.</li> <li>•Definición de criterios de selección, participación y aprobación.</li> <li>•Definición del programa de implementación (cronograma).</li> </ul> NOTA: Se sugiere desarrollar un módulo por año, abordando temas según priorización.	Abril 2019		
	Organización logística del curso (implica tareas anuales según ejecución modular, se contempla ejecución del primer módulo a contar de abril de 2019, luego se sugiere programar una actividad anual con inicio en el mes de marzo de cada año.	Abril 2019 (primer módulo)		
	Implementación de las iniciativas y capacitación, incluyendo el uso de diferentes modalidades de capacitación, en que se intercalan actividades virtuales – semipresenciales y presenciales.	Mayo 2019 (primer módulo)		
	Evaluación y recomendaciones (actividad anual luego de la ejecución de cada módulo).	Diciembre de cada año		
	Documentación e incorporación de la experiencia en el Observatorio Andino (actividad anual luego de la ejecución de cada módulo).	Enero – febrero de cada año		

<b>Fortalecimiento de la Gobernanza (Se plantea el desarrollo de una actividad presencial por año, siendo la primera el encuentro salud/ educación previsto en la política)</b>	Diseño de la actividad “Encuentro anual de articulación salud-educación”: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Definición de objetivos específicos.</li> <li>•Determinación de los contenidos prioritarios en consulta con los países. Se sugiere explorar los siguientes tópicos y su utilización para incentivar los procesos de transformación curricular:             <ul style="list-style-type: none"> <li>*Relación docente asistencial y uso de campos clínicos como herramienta de transformación curricular.</li> <li>*Procesos de formación multiprofesional y en todos los niveles de atención.</li> <li>*Políticas de residencias médicas.</li> <li>*Criterios de acreditación de la formación.</li> <li>*Vínculo entre la formación y las necesidades derivadas de la transición demográfica y epidemiológica.</li> </ul> </li> </ul>	Febrero 2019	Equipo ORAS-CONHU en coordinación con contrapartes nacionales y entidades formadoras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Recursos materiales</li> <li>•Contratación para el Evento (lugar – logística).</li> <li>•Alojamiento y alimentación de invitados.</li> <li>•Reproducción y edición de documentos.</li> <li>•Enlaces para reuniones virtuales de transmisión simultánea del evento (ampliar los contenidos a las áreas descentralizadas de gestión de RHS y zonas alejadas).</li> <li>•Publicación de conclusiones y documentación de la experiencia para incorporación al observatorio.</li> </ul>
	Generación de vínculos con otras entidades interesadas en el tema (OPS – Colegios profesionales – Asociaciones de médicos de familia – etc.).	Marzo 2019		
	Organización logística del evento y definición de participantes de ambos sectores (criterios de selección).	Abril 2019		
	Realización del evento.	Abril 2019		
	Evaluación, recomendaciones y generación de acuerdos y compromisos estratégicos.	Mayo 2019		
	Documentación e incorporación de la experiencia en el Observatorio Andino (actividad anual luego de la ejecución de cada módulo).	Mayo 2019		

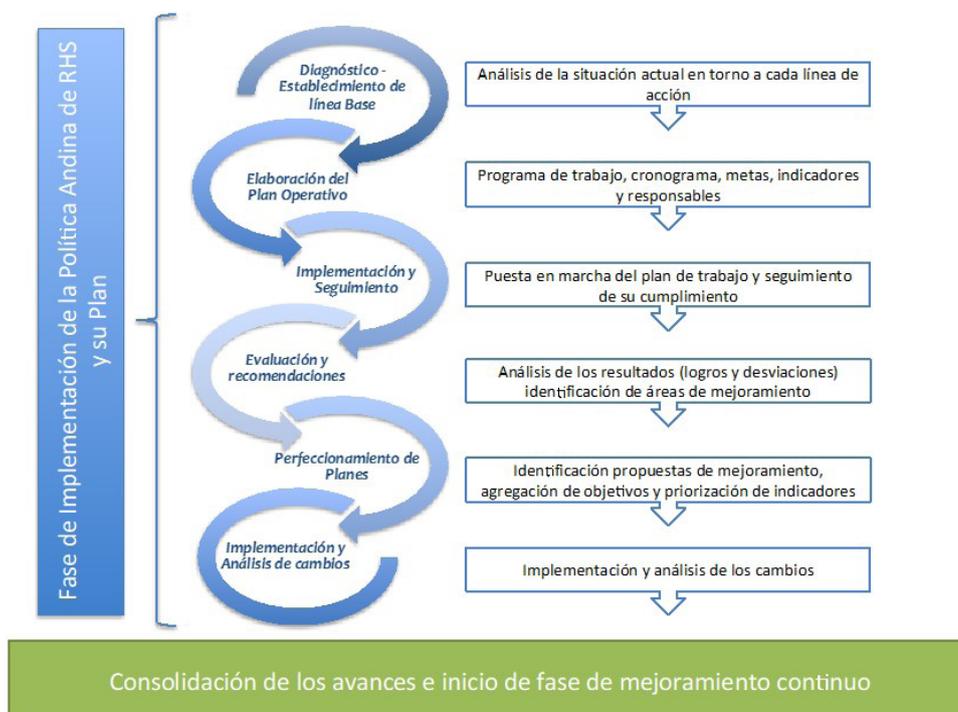
## 8.4. Anexo N.º 4: Producto adicional - Propuesta para evaluación de avances específicos a escala nacional

Una premisa establecida en el marco de la implementación de la PARHS en 2019, fue reconocer que los países partían de contextos sociosanitarios, desarrollo de la gestión y disponibilidad de recursos diversos, razón por la que se consideró un espacio de trabajo destinado a adecuar los objetivos y estrategias a las realidades locales.

Se contemplaba una primera tarea destinada al establecimiento de la línea base. Continuando, posteriormente, con un proceso de planificación interna que culminaría con la formulación de un plan operativo. Este instrumento sería el insumo para monitorear y evaluar los avances a escala nacional (ver figura Proceso de trabajo – Compromisos nacionales).

Sin embargo, dado el contexto sanitario, los países tuvieron que reorientar sus esfuerzos al manejo de la pandemia por COVID-19, lográndose establecer la línea base, pero no formalizar los planes operativos comprometidos, situación que exige flexibilizar el método de evaluación previsto originalmente.

**Figura N° 12**  
**Proceso de trabajo – Compromisos nacionales**



Fuente: Elaboración propia en base a la Propuesta de Operacionalización de la PARHS.

La PARHS contempla un total de 31 indicadores y 13 compromisos a escala nacional. Si bien los países hicieron el trabajo de establecimiento de línea base tomando en cuenta todos los indicadores y compromisos señalados, ante la inexistencia de planes operativos nacionales, se propone simplificar el proceso de evaluación, considerando solo hasta el nivel de líneas de acción y objetivos, sin abordar de manera específica los indicadores y compromisos<sup>6</sup>.

Simplificar la evaluación no debe significar que esta se transforme en un acto vacío de contenido. Por el contrario, se busca aportar insumos relevantes para la definición y priorización de estrategias de desarrollo de los RHS al 2030, siendo el propósito y la visión contenidos en la PARHS, aquellos que orientan y le otorgan sentido a este proceso.

Se busca que las acciones, desde la gestión de los RHS, contribuyan al efectivo ejercicio del derecho a la salud de todos los habitantes de la Región Andina, para lo cual es necesario avanzar en la conformación de una fuerza laboral adecuada a los desafíos de la universalización de la salud.

Desde esta perspectiva, la existencia de poblaciones desatendidas sigue constituyendo uno de los desafíos más críticos y complejos que enfrenta la región en el ámbito de los RHS<sup>7</sup>. Este factor de inequidad social, aporta a la inestabilidad del propio sistema democrático ante la existencia de poblaciones marginadas del progreso y desarrollo, generándose focos de conflicto y violencia que ya se han vivido en la región y que en ocasiones se vuelve en contra de los propios trabajadores sanitarios.

De acuerdo con lo señalado, se propone concentrar los esfuerzos de evaluación en los objetivos de cada línea de acción más directamente relacionados con este reto. Determinando si hubo avances en la cobertura y acceso a la salud de los grupos poblacionales desfavorecidos, especialmente poblaciones rurales, indígenas y urbano marginales.

Es necesario señalar que la simplificación de los objetivos no implica incorporar nuevos retos. La evaluación se acota a aquellos aspectos contenidos en la PARHS 2018 – 2022, respecto de los cuales se estableció la línea base. El propósito es observar los avances o cambios ocurridos en el período de implementación de la PARHS, para lo cual se elaboró una matriz que considera la siguiente estructura:

- Evaluación del cumplimiento de la Visión de la PARHS, referida a: “exhibir al término de 2022 avances en la conformación de la fuerza laboral de salud” (p. 22. Este aspecto se evaluará con base a datos de carácter cuantitativos, tales como, disponibilidad y distribución de la fuerza laboral de salud y su evolución en el período.
- Para cada línea de acción (LA) se identifica un propósito central y se define de manera simplificada el objetivo a evaluar, priorizando el que aporta más

---

<sup>6</sup> No obstante lo anterior, si algún país deseara realizar un ejercicio de evaluación detallada, es posible replicar la matriz utilizada para el establecimiento de línea base (Anexo N.º XX).

<sup>7</sup> En el marco del Plan de Acción de RHS para la cobertura y acceso universal de salud, se plantea como meta reducir la brecha en la densidad de médicos, enfermeras y parteras, alcanzando al menos 25 por 10 000 habitantes en las zonas desatendidas, en el marco de la meta global de 44.5 para el 2030.

directamente al cumplimiento de la visión mencionada, con foco en la existencia de poblaciones desatendidas.

- Según la naturaleza del objetivo, los avances se evaluarán a través de indicadores cuantitativos o cualitativos.
- Para la autoevaluación los países tendrán como referencia una síntesis de la situación informada como línea base en 2019, sobre la cual efectuarán su nueva autoevaluación con el soporte técnico y apoyo de ORAS-CONHU.
- Considerando la diversidad de situaciones existentes en la región, los países pueden incluir dentro de la información reportada, cualquier iniciativa o estrategia implementada a nivel nacional relacionada con el objetivo evaluado.

De acuerdo con lo señalado se propone como un producto adicional a la presente consultoría, la siguiente matriz de evaluación de compromisos nacionales para el período 2019–2022.

### Matriz de evaluación compromiso nacionales en el período 2019–2022 de la PARHS

1. Visión de la PARHS	
Exhibir avances en la conformación de una fuerza laboral sostenible, dimensionada, en proceso de formación continua, comprometida con la calidad y pertinencia de los servicios de salud, promotora de la salud universal, con competencias en articulaciones institucionales y facilitación de procesos participativos, en suma, comprometidos con el efectivo ejercicio del derecho a la salud de las comunidades a quienes sirve.	
Un desafío para avanzar en el logro de la visión de la PARHS es el acceso equitativo a servicios de salud integrales en una región que reúne todos los ecosistemas (costa, sierra, puna, selva, desierto, valles), generándose zonas de población desatendida tanto por aislamiento y ruralidad, como por marginalidad urbana.	

Indicador: Tasa de personal sanitario por 1000 habitantes <sup>8</sup>					
Profesión o categoría	2019		2022		Variación porcentual
	N.º	Tasa por 1000 habitantes	N.º	Tasa por 1000 habitantes	
Médicos					
Enfermeras (profesionales)					
Matronas o parteras (profesionales)					
Auxiliares de enfermería					
Otros técnicos de la salud					
Trabajadores comunitarios					
Totales					

<sup>8</sup> Este indicador fue medido en el indicador 2.1.7 de la línea base establecida en 2019, sobre Revisión de las políticas, planificación y gestión de recursos humanos en salud, en función de los compromisos de los Objetivos de Desarrollo Sustentables.

### Indicador 2019: Distribución del personal del primer nivel de atención por tipo de zona geográfica<sup>9</sup>

Profesión o categoría	Zonas urbanas (grandes centros o ciudades)		Zonas rurales (poblaciones de menor concentración, alejadas y/o aisladas)		Zonas urbano marginales (por ejemplo, aquellas afectadas por la violencia)	
	N.º	Tasa por 1000/hab.	N.º	Tasa por 1000/hab.	N.º	Tasa por 1000/hab.
Médicos						
Enfermeras (profesionales)						
Matronas o parteras (profesionales)						
Auxiliares de enfermería						
Otros técnicos de la salud						
Trabajadores comunitarios						
Totales						

Profesión o categoría	Indicador 2022		Distribución del personal del primer nivel de atención por tipo de zona geográfica			
	Zonas urbanas (grandes centros o ciudades)		Zonas rurales (poblaciones de menor concentración, alejadas y/o aisladas)		Zonas urbano marginales (por ejemplo, aquellas afectadas por la violencia)	
	N.º	Tasa por 1000/hab.	N.º	Tasa por 1000/hab.	N.º	Tasa por 1000/hab.
Médicos						
Enfermeras (profesionales)						
Matronas o parteras (profesionales)						
Auxiliares de enfermería						
Otros técnicos de la salud						
Trabajadores comunitarios						
Totales						

<sup>9</sup> Este indicador fue medido en el indicador 4.2.2 de la línea base establecida en 2019, sobre Relación personal de salud-población a nivel nacional, subnacional (departamentos y regiones) y local (municipios) en camino a garantizar el estándar mínimo de la OMS de 4.5 trabajadores de salud por 1000 habitantes.

### LA 1: Rectoría y gobernanza de los RHS

**Propósito de la línea de acción (LA):** A través de esta LA se busca fortalecer la rectoría sectorial a través de la generación de consensos en torno a políticas públicas que tradicionalmente ha sido complejo implementar, ya sea por la falta de atribuciones de la autoridad sanitaria, por las debilidades para realizar procesos de planificación integrales y de largo plazo, o bien por disponibilidad limitada de recursos financieros que permitan intervenir las condiciones laborales que ofrece del sector salud, todo en un contexto de un mercado formador altamente desregulado, cuya oferta ha crecido de manera significativa, pero que sin embargo, no logra adecuarse a las necesidades de sistemas de salud en proceso de transformación desde la atención centrada en la enfermedad hacia la atención centrada en las personas, las DSS, las familias y comunidades.

**Objetivo específico priorizado y simplificado:** Contar con una instancia (o instancias) de concertación de actores del campo que permitan diseñar e implementar políticas de desarrollo de los RHS, acordes a las necesidades de salud de la población.

Línea base	Situación al 2022

### LA 2: Información sobre la fuerza laboral en salud y sobre estilos de gestión del trabajo a nivel micro, meso y macro gestión

**Propósito de la línea de acción (LA):** Se busca mejorar el conocimiento sobre la fuerza laboral de salud para fortalecer la rectoría y gobernanza de los RHS, así como las capacidades de planificación y gestión a través de información integral y oportuna, que incluya una caracterización demográfica de los RHS y abarque el mercado formador y del trabajo.

**Objetivo específico priorizado y simplificado:** Crear o fortalecer un sistema integral de información estratégica de RHS que abarque el mercado formador y del trabajo.

Línea base	Situación al 2022

### LA 3: Desarrollo de RHS para la ampliación del acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad

**Propósito de la línea de acción (LA):** Abordar las barreras de acceso atribuibles a las características de diversidad cultural de la población de la región, ya sea a través de la incorporación de trabajadores comunitarios al equipo de salud de primer nivel o del desarrollo de competencias interculturales en el equipo interprofesional.

**Objetivo específico priorizado y simplificado:** Desarrollar o fortalecer competencias de salud intercultural en los equipos de salud de primer nivel.

Línea base	Situación al 2022

#### LA 4: Migración y retención de los equipos de salud en todos los países y los territorios para un sistema integral de salud

**Propósito de la línea de acción (LA):** Esta LA busca mitigar los efectos no deseados que genera la migración interna o externa, sobre el acceso equitativo de la población a servicios integrales de salud, a través de políticas de retención de los equipos interprofesionales de salud, generación o fortalecimiento de las condiciones laborales (trabajo decente) e incentivos focalizados para zonas desatendidas.

**Objetivo específico priorizado y simplificado:** Mejorar las condiciones laborales de los equipos interprofesionales de salud, a través de estímulos económicos y extraeconómicos orientados a su radicación y retención en zonas desatendidas.

Línea base	Situación al 2022

#### LA 5: Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso y la cobertura universal basado en equipos interdisciplinarios de salud

**Propósito de la línea de acción (LA):** Busca avanzar en la readecuación no solo curricular, sino también metodológica utilizada para la formación de equipos interprofesionales de salud, para sistemas en transformación desde uno centrado en la enfermedad hacia otro centrado en la persona, familia y comunidad, con enfoque de derechos, interculturalidad y salud familiar y comunitaria. Lo anterior no solo implica impulsar cambios curriculares, sino también impulsar las maneras en las que se forma, pasando de una formación basada en el hospital y en profesiones aisladas unas de otras, a formación en ambientes que también consideren los entornos comunitarios y el territorio, así como espacios de aprendizaje conjunto de todos los integrantes del equipo de salud, siguiendo la premisa que “para trabajar juntos, debemos formarnos juntos”.

**Objetivo específico priorizado y simplificado:** Avanzar en la readecuación curricular de las carreras de salud, ajustando los contenidos, espacios educativos y métodos de enseñanza a las necesidades de un sistema de salud en proceso de transformación hacia la cobertura y acceso universales.

Línea base	Situación al 2022

## 8.5. Anexo N.º 5: Resultados del Taller Evaluación General de la PARHS

### ¿Qué es o debiera ser una política subregional? y ¿Qué importancia tiene contar con instrumentos de políticas de RHS subregionales?

- Venezuela: Cada país maneja de diferente manera la Política, toma las reflexiones de acuerdo a su realidad. Ha sido de gran utilidad, ya que ayudó a orientar la formulación, así como la posibilidad de identificar la política e iniciativas en materia de formación y gestión de RHS, asimismo, una hoja de ruta para extraer importantes elementos. Desde Venezuela sí apostamos por la elaboración del Plan Nacional, el observatorio del talento humano, un cronograma de actividades para fortalecer capacidades internas, así como un grupo de trabajo, asimismo, ir incorporando a otros actores y algunas iniciativas como formación de salud familiar comunitaria en los territorios sociales denominados ASIC; el intercambio del trabajo conjunto permitió nutrirnos de la experiencia de otros países y tener una visión de conjunto. Contar con la política e instrumentos, iniciativas y actividades suscritas en la política nos dio líneas de acción.
- Perú: Sí debería existir una política de carácter general, que sea adaptable y con participación en cada una de las etapas. Se hace necesario contextualizar la Política y aprovechar la coyuntura política, así como involucrar actores claves: ministerios de Economía y Finanzas, Educación y el Congreso de la República. Estabilidad de las estructuras de gestión de personas – alta rotación.
- Chile: Son los mínimos comunes para que todos trabajen, en Chile nos da impulso para mejorar en áreas específicas, la importancia como país es relevante. Los países tienen realidades distintas, con flexibilidades para adaptarse a las realidades locales.
- Ecuador: A la Política la veo como un marco normativo, pautas para ir desarrollando a las realidades de los países, considerar que dentro de la realidad existen necesidades imperiosas que son diferentes, y sí se debería continuar con la Política. Ayudar a formar las políticas de cada país. Ecuador no estuvo en la línea base anterior, y es una necesidad.
- Bolivia: Es evidente la necesidad de contar con una Política subregional, como guía y objetivo general para cada país. Bolivia atiende a cada Política interna. El ser ampliamente difundida y compartida por todos los sectores nos ayudaría a posicionarla.
- Hernán Sepúlveda - SAM/OPS: Pertinencia de instrumentos subregionales con estos países, así como realidades heterogéneas y sistemas distintos, RHS distintos, también: 1) responder a mínimos comunes para no tener rigidez en la implementación; 2) este instrumento debe construirse desde los países, y el rol del secretariado debe sistematizar; 3) efectivamente que sea un instrumento de

cooperación, que esto les sirva. Ver al Parlamento Andino para incorporarlo en la divulgación de la política y pueda llevarse a otros actores.

- Dra. Calle – ORAS-CONHU: Mínimos comunes básicos, que se conozca “la compartimentalización”, la que debe partir de los ministerios 1) nuestras políticas deben ser más conocidas; 2) hacer que la Política sea socializada entre los actores con niveles de decisión: autoridades nacionales, de alta decisión; 3) características de los RHS en los países, sin norma o si no está escrito no existe.
- Dra. Mallqui – ORAS-CONHU: El marco para el país, debe ser simple, que pueda aterrizar las características propias.
- JOEL – OPS Venezuela: Las políticas son instrumentos de la ciencia política para atender los mandatos sociales de cada país, es un proceso de acuerdos y consensos, se construye en la práctica cotidiana. Redimensiona el aspecto técnico y se convierte en un instrumento para todos.

### **¿Qué es o debiera ser una política subregional? y ¿Qué importancia tiene contar con instrumentos de políticas de RHS subregionales?**

- Chile: Los cambios de gobierno de izquierda a derecha, y alta rotación de ministros.
- Bolivia: La inestabilidad política, y pandemia.
- SAM/OPS: Es necesario contar con la memoria histórica de las direcciones de las oficinas de gestión de RHS.

### **¿Qué es o debiera ser una política subregional? y ¿Qué importancia tiene contar con instrumentos de políticas de RHS subregionales?**

- Perú: Los indicadores no deberían considerarse en esa etapa.
- Chile: El modelo nos limita, las fragmentaciones de los sistemas.
- OPS/OMS: Flexibilidad, establecer elementos comunes para que los indicadores reflejen la realidad de los países, y contenga elementos comunes de todos los países.
- Dra. Calle: Indicadores no negociables; los mínimos comunes para poder comparar y mejorar. Los indicadores son el resultado de lo anterior.

## 8.6. Anexo N.º 6: Líneas de acción, objetivos e intervenciones planteadas por la Política Andina de RHS 2018 - 2022

Línea de acción I: Rectoría y gobernanza con enfoque de derechos, género e interculturalidad		
<p><b>Componente: Rectoría gobernanza</b></p>	<p><b>Objetivo 1.1</b></p> <p>Establecer las instancias y los mecanismos pertinentes para involucrar en acciones intersectoriales a la totalidad de los agentes, actores sociales e instituciones que participan de la construcción y regulación del curso de vida profesional, monitoreando y corrigiendo inadecuaciones y desbalances actuales o potenciales.</p>	<p><b>Intervenciones</b></p> <p>Creación y/o fortalecimiento de una instancia que opere a modo de un Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud (o la denominación equivalente en cada país), con función de construcción de consensos sobre políticas públicas intersectoriales (Salud, Educación, Trabajo, Ciencia y Técnica, Economía o Hacienda), complementada con comisiones y mesas que absorban aquellas tareas específicas que requieren alta coordinación tales como la Integración, Docencia, Investigación, Servicios, Comunidad (DISCo), antes conocida como Integración Docente Asistencial (IDA), residencias profesionales, servicios civiles obligatorios (SERHUMs, años de provincia, etc.), programas de Educación Permanente en los servicios de salud con apoyo de las universidades, promoviendo la articulación de grandes subsistemas de información que convergen en el fortalecimiento de los Sistemas de Información Estratégica de Recursos Humanos en Salud de cada país (SIERHUS).</p>
<p><b>Componente: Perspectiva de género</b></p>	<p><b>Objetivo 1.2</b></p> <p>Reorientar las políticas públicas en el campo de recursos humanos en salud incorporando una perspectiva de género, orientadas a garantizar una dotación de trabajadores de salud: profesionales, técnicos, administrativos, personal comunitario, entre otros, altamente calificada y comprometida con el derecho a la salud; traduciendo esta perspectiva como el cumplimiento de un doble propósito: por un lado procura promover la identidad y la igualdad de condiciones y oportunidades para hombres y mujeres, avanzar significativamente hacia la isonomía salarial, y por el otro generar adecuaciones en las condiciones de trabajo que en muchos casos han quedado diseñadas para profesionales varones, aunque haya cambiado hace décadas la estructura demográfica por género.</p>	<p><b>Intervenciones</b></p> <p>Investigación y monitoreo de los mercados de trabajo actuales y prospectivos con enfoque de género, propiciando la mejora de la información de recursos humanos disponibles con esta perspectiva.</p>

## Línea de acción II: Información sobre la fuerza laboral y formación en gestión del trabajo en salud a nivel de micro, meso y macro gestión

<p><b>Componente: Gestión del trabajo</b></p>	<p><b>Objetivo 2.1</b></p> <p>Reorientar los recursos para promover mejoras en las condiciones laborales de los RR. HH., a través de la incorporación de estilos de gestión del trabajo compatible con la naturaleza misma de las organizaciones de salud, contribuyendo al empleo estable y digno de los equipos de salud y al desarrollo personal y profesional, y con ello fortalecer la retención y la calidad de atención de los sistemas de salud de los países.</p>	<p><b>Intervenciones</b></p> <p>Formación en Gestión del Trabajo con perspectiva estratégica de cuadros de conducción y gestión de servicios y programas de salud, incluyendo procesos de revisión de los procesos de trabajo, mecanismos de negociación fortaleciendo las relaciones entre países que permitan el intercambio de experiencias, y la reorientación de recursos para sostener mejoras de las condiciones de contratación de la fuerza laboral en salud.</p>
<p><b>Componente: Educación permanente en salud</b></p>	<p><b>Objetivo 2.2</b></p> <p>Desarrollar políticas de educación permanente de los RR. HH., incorporando nuevas tecnologías y metodologías, privilegiando la educación virtual -así como la interconsulta en tiempo real o diferidas entre equipos- que favorezcan el desarrollo de capacidades y competencias, especialmente para los equipos que se encuentran en zonas rurales y subatendidas, generando redes con diferentes niveles y capacidades resolutorias del sistema y mejorando la calidad de los servicios de salud, tomando en cuenta por afinidad, que los materiales aptos para la preparación de personal comunitario pueden a su vez reutilizarse para actividades de Educación Popular en Salud.</p>	<p><b>Intervenciones</b></p> <p>Mecanismos de cooperación técnica entre países, para el desarrollo de herramientas y materiales en Educación Permanente (EP) y Educación a Distancia (EAD), explorando posibilidades de los desarrollos tecnológicos de la información y comunicación (TICs), orientados a garantizar igualdad de oportunidades de formación al personal de salud de todo el país, (se desempeñe donde se desempeñe) con herramientas que pueden ir desde los cursos formales hasta la educación personalizada, desde los materiales de lectura hasta videos y animaciones, desde aprendizaje en servicios hasta simuladores, desde estudio de casos hasta interconsultas y telemedicina.</p>
<h2>Línea de acción III: Desarrollo de RHS para la ampliación del acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad</h2>		
<p><b>Componente: Trabajadores comunitarios</b></p>	<p><b>Objetivo 3.1</b></p> <p>Desarrollar condiciones y capacidades de los recursos humanos para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad, incluyendo la incorporación plena de los trabajadores comunitarios de salud en los equipos del primer nivel de atención.</p>	<p><b>Intervenciones</b></p> <p>Investigación educacional acerca de las competencias de los equipos de salud que se desempeñan en primer nivel de atención, y su correlación con las problemáticas de salud comunes y diversas de las comunidades.</p>

<p><b>Componente: Interculturalidad</b></p>	<p><b>Objetivo 3.2</b></p> <p>Incrementar la calidad y pertinencia de los servicios y programas de salud a través de una profundización del diálogo entre las poblaciones y los equipos de salud, con una perspectiva de interculturalidad que valore y rescate el encuentro de saberes, de lenguajes y cosmovisiones en una región fuertemente multicultural.</p>	<p><b>Intervenciones</b></p> <p>Formación continua de los equipos de salud para fortalecer y ampliar la capacidad de abordaje de problemáticas cotidianas. Regulación de nuevos perfiles e incumbencias profesionales de RR. HH. de salud, ya sea como ampliación de especialidades de las profesiones vigentes o como nuevas profesiones acordes a problemáticas emergentes, y/o que requieren abordajes específicos para contribuir a ampliar el acceso y la cobertura en salud de las comunidades. Establecer mecanismos de mayor y mejor articulación de las políticas públicas con las medicinas tradicionales, con los saberes ancestrales que forman parte de la cultura de una proporción significativa de la población de la región -incluyendo la interacción con parteras tradicionales- y establecer intercambios fluidos de experiencias entre países de la región.</p>
---	--	--

**Línea de acción IV: Migración y retención de los equipos de salud en todos los países y en todos los territorios para un sistema integral de salud**

<p><b>Componente: Migraciones</b></p>	<p><b>Objetivo 4.1</b></p> <p>Regular los flujos de movilidad profesional que faciliten un intercambio y el desarrollo de aptitudes, conocimientos y transferencias tecnológicas en beneficio mutuo. Se requiere apoyar acuerdos bilaterales entre los países de origen y destino, con un mayor involucramiento de los Estados en los procesos de reclutamiento y contratación, teniendo en cuenta el Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud, disminuyendo las inequidades en la distribución del RR. HH. entre países, subsectores (público, privado y seguridad social) y regiones urbanas/rurales.</p>	<p><b>Intervenciones</b></p> <p>Regulación de los flujos de movilidad profesional entre países, subsectores y regiones urbanas y evaluación de las opciones para la "migración circular" (rotaciones, pasantías) del personal del sector de la salud, para facilitar intercambios y desarrollo de aptitudes, conocimientos y transferencias tecnológicas en beneficio mutuo, con especial énfasis en los distritos fronterizos.</p>
---	--	---

<p><b>Componente: Zonas subatendidas</b></p>	<p><b>Objetivo 4.2</b></p> <p>Garantizar la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud de toda la población de la Región Andina, a través de estímulos económicos, extraeconómicos y de regulaciones de las migraciones internas y externas, para la radicación de equipos interprofesionales que respondan a las necesidades de la población en zonas actualmente subatendidas.</p>	<p><b>Intervenciones</b></p> <p>Identificar motivaciones de las nuevas generaciones de profesionales de salud que permitan programar intervenciones eficaces para cubrir necesidades del sistema de salud en términos de distribución, elección de especialidad y lugar de trabajo de las/los RR. HH</p>
--	--	--

**Línea de acción V: Concertación con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso y la cobertura universal basado en equipos interdisciplinarios de salud**

<p><b>Componente: Alianzas Salud – Educación</b></p>	<p><b>Objetivo 5.1</b></p> <p>Promover una alianza estratégica entre los ministerios de Salud y las principales instituciones formadoras de profesionales de salud, a fin de alinear las funciones institucionales de formación de grado y posgrado, de investigación y de interacción comunitaria con las políticas de cobertura y acceso universal y con el derecho a la salud de toda la población.</p>	<p><b>Intervenciones</b></p> <p>Configuración de mesas intersectoriales e interinstitucionales para la definición, en una perspectiva de “regulación democrática” de reglas, de estándares y dimensionamiento de las ofertas de formación profesional en salud, de grado y de posgrado alineados con los Objetivos de Desarrollo Sustentables. Constituir una mesa de enlace entre ministerios de Salud, Educación e instituciones universitarias hasta alcanzar, al menos, a aquellas instituciones que generen una proporción significativa de los graduados del país, así como establecer mecanismos de regulación basados en acuerdos de largo plazo que reúnan el requisito de fortalecer por igual a todas las instituciones.</p>
<p><b>Componente: Equipos de salud</b></p>	<p><b>Objetivo 5.2</b></p> <p>Avanzar en la consolidación y redefinición de los equipos de salud, considerados como el sujeto protagónico de la accesibilidad y la cobertura territorial, expandiendo sustancialmente la formación en salud familiar y comunitaria, así como promover los equipos interprofesionales dentro de las redes integradas de servicios de salud.</p>	<p><b>Intervenciones</b></p> <p>Reorientación curricular hacia la atención primaria de todas las carreras de salud, incluyendo la inclusión de experiencias de aprendizaje significativas de grado entre alumnos de diferentes carreras en escenarios comunitarios, promoviendo la adquisición de competencias de trabajo en equipo, de trabajo en zonas subatendidas y en comunidades y capacidades de diálogo intercultural.</p> <p>La incorporación en los equipos docentes de las universidades a profesores con experiencia en trabajo comunitario en zonas rurales y en poblaciones periurbanas subatendidas, así como el desarrollo de proyectos de investigación y de intervención en comunidades con la participación de alumnos y docentes, puede plasmar en gestos concretos la orientación hacia la Atención Primaria de la Salud.</p>

## 8.7. Anexo N.º 7: Matriz de evaluación líneas de acción, objetivos e intervenciones PARHS

Línea de acción I: Rectoría y Gobernanza con enfoque de derechos, género e interculturalidad	
Objetivo 1.1: Rectoría Gobernanza	El objetivo es: (Evalúe de 1 a 5, donde 5 es la nota máxima y 1 la mínima)
Establecer las instancias y los mecanismos pertinentes para involucrar en acciones intersectoriales a la totalidad de los agentes, actores sociales e instituciones que participan de la construcción y regulación del curso de vida profesional monitoreando, corrigiendo inadecuaciones y desbalances actuales o potenciales.	Importante para el desarrollo de políticas de RHS 1 2 3 4 5
	Coherente con la política interna aplicada 1 2 3 4 5
	Viable de lograr a escala nacional 1 2 3 4 5
	¿Mantendría el objetivo al 2030? Sí – No – Con modificaciones, especificar.
Objetivo 1.2: Perspectiva de género	El objetivo es: (Evalúe de 1 a 5, donde 5 es la nota máxima y 1 la mínima)
Reorientar las políticas públicas en el campo de recursos humanos salud incorporando una perspectiva de género, orientadas a garantizar una dotación de trabajadores de salud: profesionales, técnicos, administrativos, personal comunitario, entre otros, que esté altamente calificada y comprometida con el derecho a la salud; traduciendo esta perspectiva como el cumplimiento de un doble propósito: por un lado procura promover la identidad y la igualdad de condiciones y oportunidades para hombres y mujeres, avanzar significativamente hacia la isonomía salarial, y por el otro generar adecuaciones en las condiciones de trabajo que en muchos casos han quedado diseñadas para profesionales varones, aunque haya cambiado hace décadas la estructura demográfica por género.	Importante para el desarrollo de políticas de RHS 1 2 3 4 5
	Coherente con la política interna aplicada 1 2 3 4 5
	Viable de lograr a escala nacional 1 2 3 4 5
	¿Mantendría el objetivo al 2030? Sí – No – Con modificaciones, especificar.
Línea de acción II: Información sobre la fuerza laboral y formación en gestión del trabajo en salud a nivel de micro, meso y macro gestión	
Objetivo 2.1: Gestión del trabajo	El objetivo es: (Evalúe de 1 a 5, donde 5 es la nota máxima y 1 la mínima)
Reorientar los recursos para promover mejoras en las condiciones laborales de los RR. HH. a través de la incorporación de estilos de gestión del trabajo, compatible con la naturaleza misma de las organizaciones de salud, contribuyendo al empleo estable y digno de los equipos de salud y al desarrollo personal y profesional, y con ello fortalecer la retención y la calidad de atención de los sistemas de salud de los países.	Importante para el desarrollo de políticas de RHS 1 2 3 4 5
	Coherente con la política interna aplicada 1 2 3 4 5
	Viable de lograr a escala nacional 1 2 3 4 5
	¿Mantendría el objetivo al 2030? Sí – No – Con modificaciones, especificar.

<b>Objetivo 2.2: Educación Permanente en Salud</b>	<b>El objetivo es:</b> (Evalúe de 1 a 5, donde 5 es la nota máxima y 1 la mínima)
Desarrollar políticas de educación permanente de los RR. HH. incorporando nuevas tecnologías y metodologías, privilegiando la educación virtual -así como la interconsulta en tiempo real o diferida entre equipos- que favorezcan el desarrollo de capacidades y competencias, especialmente para los equipos que se encuentran en zonas rurales y subatendidas, generando redes con diferentes niveles y capacidades resolutivas del sistema y mejorando la calidad de los servicios de salud, tomando en cuenta por afinidad, que los materiales aptos para la preparación del personal comunitario pueden a su vez reutilizarse para actividades de Educación Popular en Salud.	Importante para el desarrollo de políticas de RHS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Coherente con la política interna aplicada <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Viable de lograr a escala nacional <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	¿Mantendría el objetivo al 2030? Sí – No – Con modificaciones, especificar.

**Línea de acción III: Desarrollo de RHS para la ampliación del acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad**

<b>Objetivo 3.1: Trabajadores comunitarios</b>	<b>El objetivo es:</b> (Evalúe de 1 a 5, donde 5 es la nota máxima y 1 la mínima)
Desarrollar condiciones y capacidades de los recursos humanos, para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad, incluyendo la incorporación plena de los trabajadores comunitarios de salud en los equipos del primer nivel de atención.	Importante para el desarrollo de políticas de RHS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Coherente con la política interna aplicada <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Viable de lograr a escala nacional <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	¿Mantendría el objetivo al 2030? Sí – No – Con modificaciones, especificar.

<b>Objetivo 3.2: Interculturalidad</b>	<b>El objetivo es:</b> (Evalúe de 1 a 5, donde 5 es la nota máxima y 1 la mínima)
Incrementar la calidad y pertinencia de los servicios y programas de salud, a través de una profundización del diálogo entre las poblaciones y los equipos de salud con una perspectiva de interculturalidad, que valore y rescate el encuentro de saberes, de lenguajes y cosmovisiones en una región fuertemente multicultural.	Importante para el desarrollo de políticas de RHS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Coherente con la política interna aplicada <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Viable de lograr a escala nacional <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	¿Mantendría el objetivo al 2030? Sí – No – Con modificaciones, especificar.

**Línea de acción IV: Migración y retención de los equipos de salud en todos los países y en todos los territorios para un sistema integral de salud**

<b>Objetivo 4.1: Migraciones</b>	<b>El objetivo es:</b> (Evalúe de 1 a 5, donde 5 es la nota máxima y 1 la mínima)
Regular los flujos de movilidad profesional que faciliten un intercambio y el desarrollo de aptitudes, conocimientos y transferencias tecnológicas en beneficio mutuo. Se requiere apoyar acuerdos bilaterales entre los países de origen y destino, con un mayor involucramiento de los Estados en los procesos de reclutamiento y contratación, teniendo en cuenta el Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud, disminuyendo las inequidades en la distribución del RR. HH. entre países, subsectores (público, privado y seguridad social) y regiones urbanas/rurales.	Importante para el desarrollo de políticas de RHS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Coherente con la política interna aplicada <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Viable de lograr a escala nacional <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	¿Mantendría el objetivo al 2030? Sí – No – Con modificaciones, especificar.

<b>Objetivo 4.2: Zonas subatendidas</b>	<b>El objetivo es:</b> (Evalúe de 1 a 5, donde 5 es la nota máxima y 1 la mínima)
Garantizar la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud de toda la población de la Región Andina, a través de estímulos económicos y extraeconómicos, así como de regulaciones de las migraciones internas y externas, para la radicación de equipos interprofesionales que respondan a las necesidades de la población en zonas actualmente subatendidas.	Importante para el desarrollo de políticas de RHS <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
	Coherente con la política interna aplicada <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
	Viable de lograr a escala nacional <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
	¿Mantendría el objetivo al 2030? Sí – No – Con modificaciones, especificar.

**Línea de acción V: Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación, hacia el acceso y la cobertura universal basado en equipos interdisciplinarios de salud**

<b>Objetivo 5.1: Alianzas Salud – Educación</b>	<b>El objetivo es:</b> (Evalúe de 1 a 5, donde 5 es la nota máxima y 1 la mínima)
Promover una alianza estratégica entre los ministerios de Salud y las principales instituciones formadoras de profesionales en salud, a fin de alinear las funciones institucionales de formación de grado y posgrado, de investigación y de interacción comunitaria con las políticas de Cobertura y Acceso Universal y con el Derecho a la Salud de toda la población.	Importante para el desarrollo de políticas de RHS <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
	Coherente con la política interna aplicada <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
	Viable de lograr a escala nacional <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
	¿Mantendría el objetivo al 2030? Sí – No – Con modificaciones, especificar.

<b>Objetivo 5.2: Equipos de salud</b>	<b>El objetivo es:</b> (Evalúe de 1 a 5, donde 5 es la nota máxima y 1 la mínima)
Avanzar en la consolidación y redefinición de los equipos de salud considerados como el sujeto protagonista de la accesibilidad y la cobertura territorial, expandiendo sustancialmente la formación en salud familiar y comunitaria, así como promover los equipos interprofesionales dentro de las redes integradas de servicios de salud.	Importante para el desarrollo de políticas de RHS <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
	Coherente con la política interna aplicada <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
	Viable de lograr a escala nacional <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
	¿Mantendría el objetivo al 2030? Sí – No – Con modificaciones, especificar.



ORGANISMO ANDINO DE SALUD  
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República 3832 San Isidro.  
Piso 3. Teléfono: (0051-1) 6113700  
contacto@orasconhu.org.pe  
<http://www.orasconhu.org>

-  Organismo Andino de Salud
-  @orasconhu
-  Organismo Andino de Salud
-  Organismo Andino de Salud