Manual de Medición y Monitoreo

Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud

Un compromiso compartido

WASHINGTON, DC
2010

ÁREA DE SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (HSS)
PROYECTO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD (HR)
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OPS/HSS/HR/2010/003
Español

© Organización Panamericana de la Salud, 2010

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, siempre que no sea con fines de lucro. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Proyecto de Recursos Humanos para la Salud, Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Sallud, de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 525 Twenty-Third Street N.W., Washington, D.C. 20037, USA, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición y reimpresiones ya disponibles.

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

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud lo apuebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Diseño y diagramación: Matilde E. Molina

Contents

RECONOCIMIENTOS. ..... **V**

PROPÓSITO. **1**

DESAFÍO 1.
Definir políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en los sistemas de salud **3**

META 1: Todos los países de la Región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes 3

META 2: Las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total 5

META 3: Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad 7

META 4: La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países 12

META 5: Todos los países de la Región habrán establecido una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores 13

DESAFÍO 2.
Ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados, de manera de lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población **17**

META 6: La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015 17

META 7: Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de la salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables 19

META 8: Setenta por ciento de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones 22

META 9: El treinta por ciento del personal de salud en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades 24

DESAFÍO 3.
Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países afectados por la migración puedan conservar su personal de salud y evitar carencias en su dotación. **27**

META 10: Todos los países de la Región habrán adoptado un código internacional de práctica o desarrollado normas éticas para el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud 27

META 11: Todos los países de la Región tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud 30

META 12. Todas las subregiones habrán formulado acuerdos mutuos e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero 33

DESAFÍO 4.
Generar ambientes de trabajo saludables que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población. 37

META 13: La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrán reducido a la mitad en todos los países 37

META 14: Ochenta por ciento de los países en la Región habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir las enfermedades y accidentes ocupacionales 39

META 15: Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellos las de carácter ético 40

META 16. El 100% de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten....42

DESAFÍO 5.
Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para producir profesionales sanitarios sensibles y calificados. 45

META 17: El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional....45

META 18: El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas....47

META 19: Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%....49

META 20: El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida 51

Reconocimientos

El Manual de Medición y Monitoreo de los Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud es el producto de un Grupo Regional de Trabajo, organizado y conducido por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Este Grupo de Trabajo Regional estuvo compuesto de expertos en gestión de datos, análisis y políticas de Recursos Humanos para la Salud (HR), procedientes de varios países y organizaciones de la Región de las Américas. Los miembros del Grupo de Trabajo se reunieron en Quito, Ecuador, en el 2008 y crearon este manual de guía para complementar la Resolución CSP27/10 de la 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, “Metas Regionales para los Recursos Humanos para la Salud 2007-2015”. El manual presenta la justificación, aclara los términos y define los indicadores de cada meta. Está propuesto como una guía dirigida a los ministerios de salud, los grupos de investigación y la red de Observatorios de Recursos Humanos para establecer las líneas de base de los indicadores de metas y hacer posible el monitoreo de los avances en la implementación de los planes de Recursos Humanos.

La OPS/OMS reconoce las contribuciones de los miembros del Grupo Regional de Trabajo: Dra. Margarita Velasco, Dr. Rick Cameron, Dr. Daniel Purcallas, Dr. Rainford Wilks, Dr. Sean Finnety, Dra. Judith Sullivan, Dra. Marie Gloriose-Ingabire, Dr. Félix Héctor Rigoli, Dra. Wilma Gormley, Dra. Mónica Padilla, Dr. Sabado Nicolau Gerardi, Dra. Silvina Malvarez, Dr. José Jardines, Dra. Deborah Cohen, Dra. Carolina Reed, y la Lic. Allison Annette Foster.

Propósito

El propósito del manual es proporcionar un documento de referencia estandarizado por los países de la Región que clarifica los términos y parámetros de cada una de las 20 metas de la Resolución CSP27/10 de OPS, “Metas Regionales de los Recursos Humanos para la Salud 2007-2015”, con el fin de que sean consistentemente comprendidas, aplicadas, medidas y monitoreadas.

En su carácter de herramienta de instrucción técnica, el manual busca proporcionar un instrumento práctico para guiar la identificación y definición de datos iniciales de líneas de base que serán recolectados para brindar un perfil descriptivo de los recursos humanos para la salud en los países y así facilitar el monitoreo de su progreso hacia lograr las metas de RHS a través del tiempo.

Desafío 1

Definir políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en los sistemas de salud

META 1: Todos los países de la Región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes

RACIONALIDAD DE LA META

El sentido de esta meta es demostrar la relación entre la cantidad de la población de un país y el número de recursos humanos en salud, con el fin de identificar los posibles déficits o excedente de estos recursos. Proviene de estudios globales que muestran que por debajo de 25 profesionales por 10.000 habitantes muy pocos países consiguen alcanzar metas mínimas de salud relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

TÉRMINOS CLAVE

Recursos humanos en salud: para fines de comparación internacional y dada la disparidad de datos disponibles para muchas profesiones, se usa la definición de la OMS, que suma a médicos, enfermeras y parteras. Sin embargo, se alienta a los países a recolectar información sobre todas las profesiones relevantes del equipo de salud.

Recursos humanos para la salud debería incluir:

- médicos graduados en universidades;
- enfermeras con formación universitaria o por lo menos tres años de entrenamiento formal en institutos técnicos; se excluyen en esta definición auxiliares de enfermería o personal que ejerce su actividad bajo supervisión;
- parteras, matronas u obstetrices que se refiere a personal con formación universitaria o de institutos técnicos; se excluyen parteras empíricas o entrenadas en programas de la comunidad, y
- en todos los casos deberán incluirse los profesionales que se encuentran trabajando en el país a largo plazo, tales como contribuidores de Cuba, de las Naciones Unidas o emigrantes que se encuentran integrados al sistema como profesionales.

INDICADOR PROPUESTO

Razón de densidad de recursos humanos en salud por 10.000 habitantes.

$$\frac{\text{Número de médicos + enfermeras + parteras en el año t x cada 10.000 habitantes}}{\text{Total de la población de un país en el año t}}$$

DEFINICIÓN DEL INDICADOR

- Número de personal de la salud (médicos, enfermeras y parteras) que en un determinado año laboran a tiempo completo en establecimientos públicos o privados de salud, expresado en una tasa por cada 10.000 habitantes;
- la tasa demográfica expresa la frecuencia de casos (recursos humanos) por un determinado número de habitantes. Se calcula dividiendo el número de recursos humanos contados en determinado año por la población existente en ese mismo año.
- el número de personas utilizado como referente en una tasa es convencional y depende de las cifras obtenidas: puede variar entre 1 habitante (per cápita) y 100.000. En este caso se lo definió por 10.000 como multiplicando, y
- el año "t" se refiere al año en el que se recogen los datos de los recursos humanos, el cual debe coincidir con el de la población en relación.

DATOS REQUERIDOS

- Número total de médicos, enfermeras y parteras trabajando a tiempo completo en la institución del sector privado o público, y
- la población total en un determinado año corresponde a las proyecciones realizadas a partir de los censos de la población o de los resultados del censo si fue realizado en el año en el que se toman los datos.

GUÍA METODOLÓGICA

- Si la partera, matrona u obstetriz, es a la vez enfermera, debe ser contabilizada como una persona;
- si en el país no existen los datos sobre parteras, deberá explicarse esto en una nota de pie de página;
- para comparabilidad internacional entre las regiones, el indicador va agregado. Sin embargo, será necesario contar con indicadores separados de la razón de médicos, enfermeras y parteras, y
- si el sistema de información de su país le permite hacer más desagregaciones, lo puede hacer para la especificidad de su país, mas no para la comparabilidad internacional que requerimos.

FUENTES DE DATOS

- El número total de personal de salud proviene de **registros administrativos** de cada una de las instituciones de salud tanto públicas como privadas que existen en un país. Este dato registra el número de personal de salud trabajando a tiempo completo. En caso de no existir o ser muy fragmentados, se aconseja usar registros de colegios, consejos profesionales u organismos de registro (licenciamiento) obligatorio u otra fuente que cuente personas. En caso que tengan el número de médicos/enfermeras/parteras registrados sin seguridad de que éstos trabajen en el país es mejor no tomar el dato;
- al tomar el dato de personal trabajando, se evita las complicaciones que tendría si se toman los registros de los graduados en universidades puesto que (1) puede ser personal que no labora y que cambió de profesión o de quehacer, o (2) puede ser personal que emigró;
- las cuentas totales de población, provenientes de los **censos** de población o vivienda o sus proyecciones, deben igualar cualquier indicador de recursos humanos en salud sugerido para ese mismo año.

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

RACIONALIDAD DE LA META

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

TÉRMINOS CLAVE

Atención primaria de salud se enfoca en la entrega de servicios de salud de primer contacto basados en la comunidad. Enfatiza la promoción de la salud, prevención de enfermedades y el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones. La atención primaria de salud es

proporcionada por un equipo multidisciplinario que trabaja conjuntamente para garantizar la integración continua y coordinación de la entrega de cuidados de calidad para el paciente.

Un **médico de atención primaria** se refiere a una persona certificada en la profesión médica, quien está activamente involucrado en la entrega de servicios públicos y/o privados de atención primaria de salud, que no sea en hospitales de atención aguda o de estadía prolongada. Esta definición no se refiere exclusivamente a graduados o especialistas en atención primaria de salud/salud comunitaria.

Mientras el modelo de atención primaria de salud puede variar de comunidad a comunidad, los servicios de atención primaria de salud a menudo incluyen, pero no están limitados a:

- prevención y tratamiento de enfermedades y lesiones comunes;
- servicios de emergencia de primer contacto, incluyendo estabilización del paciente y referencia a otro centro;
- continuidad de tratamiento y coordinación con otros tipos y niveles de atención (tales como hospitales y servicios de especialistas);
- atención de salud mental;
- tratamiento paliativo y cuidados de última etapa;
- promoción de la salud;
- desarrollo de niño sano;
- atención materna, y
- servicios de rehabilitación.

INDICADOR PROPUESTO

Número de médicos de atención primaria de salud como un porcentaje de la fuerza de trabajo médica total.

$$\frac{\text{Número total de médicos de atención primaria}}{\text{Número total de médicos certificados en el país}} \times 100$$

DATOS REQUERIDOS

El número total de médicos certificados y el número total de médicos certificados en atención primaria de salud trabajando a tiempo completo en los sectores públicos y privados serán recolectados en cada país, utilizando los datos más recientes y comparables disponibles.

GUÍA METODOLÓGICA

- Para evitar el conteo doble de profesionales de la salud, deben contabilizarse las personas y no los puestos;
- de ser posible, todos los sectores de empleo deberán ser contabilizados;
- el establecimiento de salud donde la atención primaria de salud será brindada debe estar claramente descrito dado la variabilidad entre países;
- la definición de un médico trabajando a tiempo completo (donde sea posible) deberá indicar el número total de horas trabajadas (en la práctica clínica) dado que también varia considerablemente entre los países de la Región;
- todos los médicos del país deberán ser contabilizados, incluyendo aquellos en contratos de empleo temporal de otros países (por ej.: los médicos cubanos).

FUENTES DE DATOS

- El número total de personal médico será determinado por los **registros administrativos** de la profesión, complementados por el Ministerio de Salud, regiones de salud, registros administrativos de instituciones públicas y escuelas profesionales disponibles.

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

RACIONALIDAD DE LA META

El equipo de atención primaria de salud se refiere al grupo de profesionales que brindan servicios de salud en la comunidad en puntos “primarios” o de primer contacto entre el paciente y el sistema de entrega de atención de la salud. Los miembros de los equipos de atención primaria de salud pueden variar y generalmente reflejan las necesidades de salud particulares de la comunidad local que atienden. La eficiencia del equipo está relacionada con su habilidad de llevar a cabo su trabajo y de manejarse como un equipo independiente, coordinado y auto-suficiente de entrega de atención de la salud.

El trabajador de salud comunitario, como miembro clave del equipo de atención primaria de salud, generalmente está familiarizado con la población que sirve, y por lo tanto brinda un lazo más directo entre el sistema de entrega de la salud y las necesidades de salud identificadas en la comunidad.

TÉRMINOS CLAVE

Un **equipo de atención primaria de salud** puede a grandes rasgos incluir cualquiera de los siguientes grupos profesionales, con las tres primeras categorías de profesiones de la salud generalmente representando el núcleo mínimo del equipo de APS:

- médicos de atención primaria;
- enfermeras;
- parteras;
- trabajadores de salud comunitarios;
- auxiliares de enfermería;
- asistentes de médicos;
- fisioterapeutas;
- terapeutas ocupacionales;
- trabajadores sociales;
- psicólogos;
- nutricionistas;
- farmaceutas;
- dentistas, y
- gerentes de primera línea y administradores.

Las **responsabilidades del equipo de APS** pueden incluir pero no están limitadas a:

- el diagnóstico y manejo de condiciones crónicas y agudas y tratamiento de emergencias, cuando necesario, en el hogar del paciente;
- cuidado prenatal y postnatal;
- prevención de enfermedad e invalidez;
- seguimiento y atención continua de enfermedades crónicas y recurrentes;
- rehabilitación luego de enfermedad;
- cuidados durante una enfermedad terminal;
- coordinación de servicios para aquellos en riesgo, incluyendo niños, enfermos mentales, dolientes, ancianos, inválidos y para los que los cuidan, y
- ayudando a los pacientes y sus familiares a hacer uso apropiado de otras agencias de cuidado y apoyo que incluyen especialistas en hospitales.

Los t**rabajadores de la salud comunitarios** brindan educación, referencia, seguimiento, manejo de casos y servicios de visitas al hogar de grupos vulnerables, a menudo de mujeres

que están en alto riesgo por nacimientos con resultados desfavorables, particularmente bajo peso y mortalidad infantil. Generalmente los servicios son proporcionados por para-profesionales quienes residen en la comunidad o están familiarizados con ella. Están entrenados para proporcionar a familias y comunidades educación básica de la salud, referencias de una amplia gama de servicios, apoyo y asistencia para navegar los sistemas de servicios comunitarios y de salud.

Un **grupo vulnerable** se refiere específicamente a sectores de la población con necesidades especiales y capacidades limitadas, tales como mujeres embarazadas de alto riesgo, niños, ancianos, inválidos y enfermos mentales. En el sentido más amplio, también puede referirse a grupos de personas con acceso limitado a servicios de atención de salud debido a factores étnicos, religiosos, culturales o socio-económicos.

Una **red comunitaria** se refiere al sistema de grupos interrelacionados, informados y coordinados basados en la comunidad y a contactos relacionados con asuntos comunitarios, recursos y servicios. La red es útil en proporcionar un marco de apoyo para promocionar la comunicación y el modo más efectivo de brindar servicios de atención primaria de salud.

INDICADORES PROPUESTOS

El indicador propuesto medirá el grado en que han sido desarrollados los equipos de atención primaria de salud en la Región.

A cada una de las siguientes preguntas sobre la entrega de servicios de atención primaria de la salud se le otorgará entre 0 y 10 puntos de acuerdo al desarrollo del equipo en el país y el rango de los servicios proporcionados. Los resultados de cada pregunta serán recolectados para lograr un indicador general del país. Los resultados de las siete preguntas de los países serán de un puntaje mínimo de 0, sin servicios de atención primaria de la salud, a un puntaje máximo de 70, que representa un rango completo de servicios.

1. ¿Existe un programa nacional con respecto a equipos de atención primaria de la salud? (Sí: 10 puntos, o No: 0 puntos).
2. Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué porcentaje de la población total del país está cubierta por los equipos de atención primaria de salud?
   - < 20%: 2 puntos
   - 20 a 39%: 4 puntos
   - 40 a 59%: 6 puntos
   - 60 a 79%: 8 puntos
   - > 80%: 10 puntos
3. ¿Utiliza redes comunitarias el programa de atención primaria de la salud? (Sí: 10 puntos, o No: 0 puntos).
4. ¿Cubre el programa a poblaciones vulnerables? (Sí: 10 puntos, o No: 0 puntos).
5. Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál de las siguientes poblaciones es cubierta por los equipos de atención primaria de la salud? (Un punto cada uno; nota máxima de 10 puntos).

Poblaciones:

- Mujeres embarazadas de alto-riesgo
- Niños
- Ancianos
- Inválidos
- Enfermos mentales
- Grupos étnicos
- Grupos religiosos
- Grupos culturales
- Bajos recursos
- Idioma

6. ¿Cuáles son, por lo general, los grupos profesionales incluidos en los equipos de atención primaria de la salud? (Dos puntos cada uno; nota máxima de 10 puntos).

Profesiones:

- médicos;
- enfermeras;
- parteras;
- trabajadores de la salud comunitarios, y
- auxiliares de enfermería.

7. ¿Qué conjunto de competencias amplias son requeridas actualmente en los equipos de atención primaria de la salud? (Dos puntos cada uno; nota máxima de 10 puntos).

Competencias:

- Diagnóstico y manejo de condiciones crónicas y agudas;
- cuidado prenatal y postnatal;
- prevención de enfermedad e invalidez;
- rehabilitación después de enfermedad, y
- coordinación de los servicios de atención de la salud para poblaciones de alto riesgo (por ej.: niños, enfermos mentales, ancianos e inválidos).

DATOS REQUERIDOS

Se requiere información sobre:

- poblaciones vulnerables cubiertas por los equipos de atención primaria de la salud;
- profesionales actualmente representados en los equipos de atención primaria de la salud, y
- competencias amplias y actuales de equipos de atención primaria de la salud.

Datos adicionales que deberán ser recolectados por cada país incluirían:

- número total de equipos de atención primaria de la salud;
- número total de trabajadores de la salud empleados en equipos de atención primaria de la salud, según grupo profesional, incluyendo trabajadores de la salud comunitarios, y
- población total del país más la población de cada grupo vulnerable identificado.

GUÍA METODOLÓGICA

La información para construir este indicador deberá proceer de encuestas y entrevistas con informantes clave dentro del sistema de salud.

La información recolectada deberá:

- identificar si los equipos de atención primaria de la salud son manejados por un programa nacional o estatal;
- determinar el amplio rango de competencias de los miembros del equipo y si trabajan con grupos vulnerables;
- determinar cuántos equipos de atención primaria de la salud existen, e
- identificar cuántos profesionales de atención de la salud están trabajando en equipos de atención primaria de la salud.

Se deberá calcular el porcentaje de la población que se considere vulnerable y el porcentaje que tiene acceso adecuado a los servicios de atención de la salud.

FUENTES DE DATOS

- Información de los programas y equipos de atención primaria de la salud, datos de empleos e información sobre grupos vulnerables pueden obtenerse del **Ministerio de Salud** y de las regiones de salud;
- información sobre la variedad de competencias de atención primaria de salud se puede obtener por medio de la **evaluación de**l **currículo académico** —formación/enfoque educativo, formación en-servicio—, y
- las **descripciones de puestos** o **requisitos de trabajo** son una segunda fuente que puede revelar la variedad de competencias de atención primaria de la salud.

Todas las fuentes de datos deberán ser mencionadas.

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

RACIONALIDAD DE LA META

El sentido de esta meta es mostrar la desproporción que existe entre la producción del personal médico y de enfermería que podría afectar la composición de las competencias de los equipos de salud.

En algunos países se espera que por cada médico existan por lo menos cuatro enfermeras, pero la meta mínima en este caso ha sido referida a una enfermera por cada médico. La meta espera llamar la atención sobre los déficits o sobre-producción de estos recursos.

TÉRMINOS CLAVE

Médicos y enfermeras: médicos graduados en universidades y enfermeras con formación universitaria o mínima de tres años en institutos técnicos Se excluyen en esta definición a auxiliares de enfermería o personal que ejerce su actividad bajo supervisión.

INDICADOR PROPUESTO

Razón de médicos por enfermeras.

$$\frac{\text{Número de médicos}}{\text{Número de enfermeras}}$$

Número de médicos que laboran en el país en un año determinado; expresado con relación al número de enfermeras en el mismo período.

NOTAS METODOLÓGICAS

Si el sistema de información de su país le permite hacer más desagregaciones, tales como razón de enfermeras/médicos en hospitales u otros estudios específicos, lo puede hacer para el interés de su país, mas no para la comparabilidad internacional que requerimos.

Considerar como enfermeras al personal descrito en la meta 1.

En todos los casos deberán incluirse los profesionales que se encuentran trabajando a largo plazo en el país, tales como cooperantes de Cuba, de las Naciones Unidas o inmigrantes que se encuentran integrados al sistema como profesionales.

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

RACIONALIDAD DE LA META

El sentido de esta meta es llamar la atención sobre la importancia que los tomadores de decisión del más alto nivel asignan al recurso humano en salud. Este compromiso se hace evidente en el desarrollo y apoyo de una unidad institucional de planificación con responsabilidades específicas de recursos humanos que marque la dirección estratégica del tema para todo el sector salud y que, además, haya transformado su papel de administrador de personal al de gestor de políticas y desarrollo de programas de recursos humanos.

TÉRMINOS CLAVE

Dirección de Recursos Humanos en Salud: esta dirección (también llamada Unidad, Oficina o Secretaría) de Recursos Humanos (puede tener otros nombres, tales como Gestión del Trabajo, del Talento, de las Personas) debe tener un alto nivel de comando en el Ministerio de Salud Pública para poder influir en las decisiones de salud de la autoridad sanitaria nacional referentes a políticas de recursos humanos y entrega de servicios de salud. Esta unidad debe tener la capacidad de:

1. desarrollar políticas específicas de recursos humanos en salud;
2. contar con una unidad de planificación de recursos humanos en salud;
3. realizar la conducción estratégica del recurso humano en salud;
4. tener capacidad de negociación intersectorial tanto con las instancias formadoras como empleadoras de recursos humanos y gremiales;
5. contar con un sistema de información nacional, y
6. ubicar la dirección de recursos humanos en los niveles de dirección de la estructura organizacional.

INDICADOR PROPUESTO

Nivel de desarrollo de la dirección de recursos humanos en salud, con características de gestión y conducción estratégica.

Este es un indicador de procesos, por lo que se medirá a través de cualidades:

- ¿Existe la dirección de recursos humanos? (Sí - No)

Si la respuesta es afirmativa, califique las características de la dirección de recursos humanos en salud como gestor y conductor en una escala del 0 al 6, tal como se grafica en la definición del indicador:

- entre 0-1, no existe o es sumamente incipiente;
- 2 y 3, se hacen esfuerzos por iniciar los procesos;
- 4 y 5, significan con muy buenas posibilidades de desarrollo, y
- 6, significa que tiene la máxima calificación y es el nivel de excelencia.

DEFINICIÓN DEL INDICADOR

A partir de la lista de control que se propone a continuación, por lo menos dos **informantes clave** califican las características de la dirección de recursos humanos en salud.

Se coloca 1 cuando la respuesta es afirmativa y 0 cuando es negativa. Se suman los parciales y se obtiene una nota sobre 6 puntos para cada entrevista. Se promedian los criterios de los informantes clave y se obtiene una sola nota sobre 6.

Característica	Sí	No
1. Nivel de jerarquía en el diseño de la organización ministerial: al lado del Ministro de Salud, en funciones de asesoría, o parte del equipo de conducción o parte del los niveles de dirección nacional.	1	
2. Desarrollar políticas de recursos humanos en salud para toda la organización	1	
3. Planifica el número y tipo de recursos humanos que requiere	1	
4. Conducción estratégica de la gestión de recursos humanos en salud, la educación para el trabajo, y el abordaje de sus problemas y determinantes	1	
5. Cuenta con un sistema de información actualizado que integre el inventario de sus recursos humanos en salud, número, tipo, localización y niveles educativos	1	
6. Utiliza la negociación para las relaciones intersectoriales con el sector educativo, empleador y gremial	1	
TOTAL	6	

DATOS REQUERIDOS

Los datos están explicitados en la definición del indicador.

GUÍA METODOLÓGICA

Se requiere que esta indagación sea realizada a tres autoridades en la materia, las cuales pueden ser:

- autoridad sanitaria de alto nivel;
- experto en recursos humanos de la OPS en su país;
- director de la dirección de recursos humanos en salud;
- colocar en nota de pie de página a quienes se realizó la entrevista; y
- sumar los resultados parciales de cada entrevistador y calcular un promedio simple de cada calificación lograda de cada una de las entrevistas realizadas. Este puntaje promedio indicará las funciones estratégicas de la dirección de recursos humanos.

FUENTES DE DATOS

- Se recogen los datos por **entrevista personal** con informantes clave de alto nivel del Ministerio de Salud Pública de cada país descritos en la nota aclaratoria de la página anterior.
- Utilizar los puntos del 1 al 6 de la lista de control para hacer las preguntas.

Desafío 2

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

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

RACIONALIDAD DE LA META

En los pasados 20 años la taza de crecimiento de la población para muchas áreas urbanas de la Región ha doblegado la de las áreas rurales. Igualmente, el crecimiento en el número de profesionales de la salud se ha concentrado en las áreas urbanas, contribuyendo a la tendencia hacia un mayor desequilibrio en la distribución urbana-rural de la fuerza de trabajo de la salud. Mientras las razones de médicos con respecto a la población puede ser hasta cuatro veces mayor en las áreas urbanas que en el país entero, las razones de médicos con respecto a la población puede ser más de ocho veces mayor a la cantidad de médicos en algunas áreas rurales. Por tanto, las comunidades rurales continúan teniendo un acceso muy limitado a los servicios requeridos de salud comparados con sus contrapartes urbanas.

Se debe alcanzar una distribución geográfica más equitativa de profesionales de la salud en la Región —particularmente dentro del contexto de equipos extendidos basados en la comunidad de atención primaria de la salud— que pueda mejorar el acceso de la comunidad a servicios de la salud y contribuya a mejorar los resultados de salud y el estado de salud general de la comunidad.

TÉRMINOS CLAVE

Actualmente no existe una definición estandarizada o común de “**urbano**” y “**rural**” entre los países de la Región. Como tal, se espera que cada país proporcione su propia medida de urbano y rural y cómo está definida dentro de sus jurisdicciones.

Para que la información individual de país pueda ser agregada y comparada con otras áreas en la Región que están utilizando diferentes definiciones de urbano-rural, se le solicita a los países reportar sus datos de población en la unidad geográfica más pequeña (por ej.: pueblos, cantones, distritos, municipalidades, etc.) en que es recolectada. Este enfoque permitirá más flexibilidad en recabar los datos de población de cada país en un perfil regional al aplicar

una variedad de diferentes suposiciones y definiciones de urbano-rural para facilitar comparaciones intra-regionales.

INDICADORES PROPUESTOS

Este indicador deberá ser expresado como una fracción:

$$\frac{\text{Densidad de Recursos Humanos (número total de médicos, enfermeras y parteras por cada 10,000 habitantes) (en las áreas rurales del país colocar un pie de página utilizando la meta 1)}}{\text{Densidad de Recursos Humanos (número total de médicos, enfermeras y parteras por cada 10,000 habitantes) (en las áreas urbanas del país, colocar un pie de página utilizando la meta 1)}}$$

Alternativamente, este indicador deberá ser expresado como:

$$\frac{\text{Densidad de Recursos Humanos – (proporcionar un pie de pagina usando la meta 1) para el grupo de unidades geográficas con la razón más baja}}{\text{Densidad de Recursos Humanos – (colocar un pie de página usando la meta 1) para el conjunto de unidades geográficas con la razón más alta}}$$

DATOS REQUERIDOS

- Datos de población de cada país en la unidad geográfica más pequeña (por ej.: pueblo, distrito, etc.) en que es recolectada, para el año más reciente disponible.
- Datos profesionales sobre el número de médicos, enfermeras y parteras para el mismo período de tiempo y utilizando las mismas unidades geográficas que fueron utilizadas para recabar los datos de la población.

GUÍA METODOLÓGICA

1. Tabular los datos de la población en la unidad geográfica más pequeña en que están siendo recolectados actualmente. Las unidades poblacionales pueden ser ciudad, pueblo, distrito, estado, municipalidad, fronteras políticas, condado, cantón o nivel regional de salud, etc.;
2. recabar información que refleje la distribución urbana-rural de la población de acuerdo con las definiciones de país;
3. proporcionar una definición de país de urbano y rural e ilustrar cómo los datos fueron agregados para llegar a esa cantidad;

4. tabular datos de profesionales de la salud aplicando los mismos niveles geográficos que se utilizaron en la recolección de los datos de la población;
5. la densidad de los profesionales de la salud por cada 10,000 habitantes para las áreas rurales es dividida por la densidad de profesionales de la salud por cada 10,000 habitantes en las áreas urbanas, para proporcionar una razón de distribución de recursos humanos para la salud;
6. la razón de profesionales de la salud entre las áreas urbanas y rurales puede ser tan alta como de 8 a 1 para algunos países. En este caso, reducir la distribución urbana-rural por la mitad alcanzaría la meta de 4 a 1 para el año 2015;
7. los datos de profesionales de la salud deben ser desagregados tanto como sea posible (público, privado, pobreza, etc.);
8. los datos luego deben ser re-agregados para proporcionar compariciones de datos a través de las Américas utilizando definiciones estandarizadas de urbano y rural;
9. deben utilizarse definiciones previas de personal de la salud (doctores, enfermeras y parteras) para garantizar consistencia interna y comparabilidad;
10. como mínimo los doctores, enfermas y parteras deben ser incluidos en el análisis; sin embargo, los países deben incluir tantos grupos profesionales permita la integridad de sus datos, incluyendo todos los proveedores públicos y privados;
11. no es importante la medida de urbano-rural per se, pero la brecha que existe entre los dos es el indicador clave; y
12. se le anima a los países a incluir sus propias discusiones e interpretaciones de los temas que tienen que ver con el acceso a servicios (por ej.: la pobreza).

FUENTES DE DATOS

- Ministerio de Salud y regiones de salud;
- datos de censos y encuestas a hogares, y
- estudios específicos de los Observatorios de Recursos Humanos.

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

RACIONALIDAD DE LA META

La eficiencia del equipo de atención primaria de la salud depende en gran parte de que los miembros posean las habilidades clínicas necesarias, conocimiento de salud pública y competencias interculturales para diagnosticar a los pacientes, administrar el tratamiento y

monitorear los resultados que sean apropiados y reflejen las necesidades de salud de las diferentes comunidades (étnicas, lingüísticas, religiosas, socio-económicas, etc.) que sirven.

Las competencias variadas de salud pública pueden realzar la capacidad de los profesionales de la salud para proporcionar atención integral, basada en la comunidad y que responda a un ámbito más amplio de necesidades de salud de la población. Estas competencias incluyen las habilidades involucradas en prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover y mantener la salud por medio de vigilancia de la población y promoción de hábitos saludables.

Las estrategias de salud pública deben ser sensibles a los contextos culturales en que se llevan a cabo con el fin de ser más relevantes y eficientes. Además de incrementar la fuerza de trabajo realzando las competencias interculturales de los trabajadores de la salud que estarán brindando los servicios, mejorará el acceso a los diferentes grupos culturales a servicios necesarios de la salud.

TÉRMINOS CLAVE

Competencias de salud pública pueden incluir, pero no están limitadas a, alguna combinación de lo siguiente:

- habilidad de desarrollar estrategias para la promoción de la salud;
- vigilancia de factores de riesgo y condiciones epidemiológicas;
- educación y tratamiento preventivo de enfermedad y lesiones;
- conocimiento de la interacción de salud pública con los servicios de salud a nivel local;
- capacidad de aplicar evidencias en la toma de decisiones, desarrollo de políticas y programas y en la práctica;
- capacidad de llegar a cabo investigaciones, de planear y de evaluar;
- promoción de alianzas, colaboración y abogacía, y
- capacidad de buscar y promocionar el bienestar y encarar inequidades en el estado de salud.

Competencias interculturales incluyen habilidades interactivas y de comunicación que reconocen y realzan las capacidades cognitivas, emotivas y de intercambio que deben ser tomadas en cuenta cuando se proporcionan cuidados de salud a grupos étnicos, lingüísticos, religiosos y socio-económicos diversos.

INDICADOR PROPUESTO

El porcentaje de trabajadores primarios de la salud que tienen competencias de salud pública e interculturales:

$$\frac{\text{Número total de trabajadores de APS con competencias interculturales y de salud pública}}{\text{Número total de trabajadores de APS en el país}} \times 100$$

Para desarrollar este indicador son necesarias una lista de competencias de salud pública y una lista de competencias interculturales del trabajador de atención primaria de la salud (ver términos clave arriba).

DATOS REQUERIDOS

- Número total de trabajadores primarios de la salud en el país;
- número de trabajadores de atención primaria de la salud con competencias de salud pública;
- número de trabajadores de atención primaria de la salud con competencias de interculturalidad, y
- número total de trabajadores de atención primaria de la salud con competencias de salud pública e interculturalidad.

GUÍA METODOLÓGICA

1. Listar todas las competencias de interculturalidad y salud pública requeridas por los trabajadores de atención primaria de la salud;
2. determinar el número total de trabajadores de atención primaria de la salud que tengan este nivel de formación;
3. determinar si el curriculum universitario incluye estas áreas de formación;
4. determinar si entrenamiento en-servicio proporciona este nivel de actualización para los trabajadores de atención primaria de la salud;
5. determinar cuántos trabajadores de atención primaria de la salud están adquiriendo estas habilidades por medio de programas formales de educación y por medio de entrenamiento en-servicio;
6. los países definirán sus propios requisitos para las competencias de interculturalidad y listarán cambios relevantes en la formación que hayan sido implementados;
7. determiner cuáles trabajadores de atención primaria de la salud requieren este nivel de entrenamiento;

8. medir posibles capacidades y competencias de atención primaria de la salud de acuerdo al curriculum del programa de formación profesional, no por la evaluación del desempeño del trabajador, y

9. combinar las metas de atención primaria de la salud, en lo que respeta a los trabajadores de atención primaria de la salud, equipos y programas universitarios, en una sola encuesta para los equipos de investigación para asegurar el desarrollo consistente de la encuesta y su aplicación a través de la Región.

FUENTES DE DATOS

- Ministerio de salud y regiones de salud;
- curriculum de los programas de formación, y
- descripciones de trabajo / requisitos de trabajo.

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

RACIONALIDAD DE LA META

Además de brindar el primer punto de entrada a los sistemas de salud y proporcionar la función coordinadora para otros servicios de salud y comunitarios, la atención primaria de la salud reconoce los determinantes más amplios de la salud. Esto incluye coordinar, integrar y expandir los sistemas y servicios para mejorar la salud de la población, prevenir enfermedades y promocionar la salud. Fomenta el mejor uso de todos los proveedores de la salud, por medio de la expansión del campo de la práctica, relaciones cambiantes de trabajo y posibles nuevas funciones dentro de equipos multidisciplinarios, para incrementar el potencial de todos los recursos humanos de la salud.

Es importante que todos los miembros del equipo de atención primaria de la salud tengan las habilidades apropiadas y trabajen a su nivel más alto de competencia dentro de entornos multidisciplinarios para responder de la mejor manera a las necesidades de las comunidades y a los requisitos técnicos de los sistemas cambiantes de entrega de la salud.

TÉRMINOS CLAVE

- **Enfermera** (definido en las metas 1 y 2);
- **enfermeras auxiliares** se refiere a esos trabajadores con menos de tres años de formación, quienes llevan a cabo sus funciones bajo la supervisión de una enfermera;

- **técnicos de la salud** se refiere al personal de salud con formación en institutos técnicos que proporcionan servicios de diagnóstico y terapia bajo la dirección del equipo de atención primaria de la salud;
- **trabajadores comunitarios de la salud** (definido en la meta 3), y
- **competencias,** de acuerdo a las "complejidades de su función", se refiere al creciente conjunto de habilidades requeridas para desempeñar la larga lista de servicios y funciones bajo el amplio rubro de la entrega de servicios de la atención primaria de la salud.

INDICADORES PROPUESTOS

El porcentaje actual de programas de formación para los grupos profesionales designados (enfermeras, enfermeras auxiliares, técnicos de la salud y trabajadores de la salud comunitarios) quienes poseen o superan los requisitos ya mencionados para los puestos actuales:

$$\frac{\text{Número total de programas de formación que poseen o superan los requisitos}}{\text{Número total de programas de formación para las profesiones designadas de salud}} \times 100$$

El porcentaje de profesionales de la salud, de acuerdo al grupo profesional, quienes han mejorado sus habilidades por medio de entrenamiento formal y/o en servicio durante los últimos tres años:

$$\frac{\text{Número total de profesionales designados de la salud que han mejorado sus habilidades}}{\text{Número total de profesionales designados de la salud en el país}} \times 100$$

DATOS REQUERIDOS

1. Curriculum de programas de formación para enfermeras, enfermeras auxiliares, técnicos de la salud y trabajadores comunitarios de la salud además de curriculum para trabajadores de la salud en-servicio y formación en el trabajo;
2. descripciones actuales de anuncios de trabajo, y
3. número de profesionales de la salud (de acuerdo a los grupos designados) en la fuerza de trabajo que hayan llevado a cabo entrenamiento adicional (universitario, en-servicio, o en el trabajo) para mejorar sus habilidades.

GUÍA METODOLÓGICA

1. Debido a la falta de datos primarios disponibles con respecto a habilidades y competencias de los trabajadores, excepto por descripciones de trabajo y curriculum de forma-

ción, deberá llevarse a cabo una encuesta utilizando una muestra o informantes clave para complementar fuentes de datos disponibles;

2. la encuesta podrá incluir varios componentes discretos relacionados con los diferentes equipos y programas con cuidadosa referencia entre ellos. Todas las metas de atención primaria de salud, por ejemplo, deberán ser abordadas colectivamente en una encuesta;
3. deberán desarrollarse programas comunes de entrenamiento para los investigadores que llevarán a cabo las encuestas para asegurarse que tengan las habilidades apropiadas necesarias y para permitir la más alta consistencia en los resultados de la encuesta, y
4. la actualización de las habilidades tiene la mayor relevancia e impacto cuando está referida en los requisitos de certificación, descripciones de trabajo y evaluaciones de desempeño.

FUENTES DE DATOS

- Ministerio de salud y región de salud, anuncios y descripciones de trabajo;
- curriculum de programas de formación y personas registradas en programas de formación en-servicio, y
- encuesta de informantes clave.

META 9: El treinta por ciento del personal de salud en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades

RACIONALIDAD DE LA META

Históricamente, el crecimiento en el número de profesionales de la salud se ha concentrado en las áreas urbanas, contribuyendo al continuo desequilibrio en la distribución geográfica de la fuerza de trabajo de la salud como fue mencionado en la meta 6. La razón urbana de médico/población para algunos países de la Región es más de ocho veces mayor que el número de médicos en las áreas rurales. Muchos países han adoptado incentivos para atraer los profesionales de la salud a las áreas rurales, pero la mayoría solo han alcanzado logros modestos o de corto plazo. Aunque salarios apropiados y entornos de trabajo estables y seguros son consideraciones claves en atraer a los trabajadores de la salud a las áreas rurales, colocar al individuo idóneo en el lugar apropiado parece ser igual de importante. Los trabajadores de la salud que son reclutados de sus propias comunidades tienen más posibilidades de volver y permanecer en sus comunidades para trabajar después de completar su entrenamiento que aquellos que son reclutados externamente. El reclutamiento local fomenta mucho más al equipo de atención primaria de la salud a tener un individuo que ya posee las sensibilidades culturales requeridas y el conocimiento de redes comunitarias, contactos y necesidades.

TÉRMINOS CLAVE

- Definiciones con respecto a **atención primaria de la salud**, **trabajadores primarios de la salud** y **equipos de atención primaria de la salud** están detalladas en las metas 2 y 3, y
- "**comunidades propias**" esta definida como la ubicación geográfica (ciudad/pueblo y país) que el trabajador primario de la salud identifica como su lugar de nacimiento.

INDICADOR PROPUESTO

El porcentaje de trabajadores de la salud cuyo lugar de práctica de atención primaria de la salud es la misma ubicación geográfica de su comunidad:

$$\frac{\text{Número total de trabajadores de APS practicando en su propia comunidad}}{\text{Número total de trabajadores de APS actualmente empleados en el país}} \times 100$$

DATOS REQUERIDOS

- Lugar de nacimiento (pueblo/ciudad y país) de los trabajadores de atención primaria de la salud, y
- lugar de empleo (pueblo/ciudad y país) de los trabajadores de atención primaria de la salud.

GUÍA METODOLÓGICA

1. Relacionar el lugar de nacimiento con el lugar de trabajo de los trabajadores de atención primaria de la salud basándose en los datos más recientes de los censos, o
2. relacionar el lugar de nacimiento con el lugar de empleo basándose en los datos de registros profesionales, o
3. relacionar el lugar de nacimiento con el lugar de empleo basándose en las solicitudes de empleo de atención primaria de la salud, o
4. relacionar el lugar de nacimiento con el lugar de empleo basándose en los registros de sindicatos;
5. si la información anterior no está disponible de ninguna de las fuentes mencionadas, se podrá llevar a cabo una encuesta (sujeta a los recursos disponibles) de los registros de empleados de los empleadores de atención primaria de la salud para determinar el lugar de nacimiento y si los profesionales de atención primaria de la salud están trabajando en las comunidades donde nacieron;
6. mientras las "comunidades propias" pueden ser interpretadas ampliamente en base al idioma, etnicidad, factores religiosos y socio-económicos, esta medida se basa fundamentalmente en la ubicación geográfica, y

7. en el caso que la información no este disponible:

   - ¿Existe algún programa para seleccionar médicos o enfermeras para que ejerzan en sus propias comunidades? (Si - No)
   - Extensión de estos programas en el caso que existan.

FUENTES DE DATOS

- Registros de censos;
- tegistros de aplicantes a escuelas profesionales;
- registros profesionales;
- datos sindicales;
- registros de empleados del ministerio de salud/regiones de salud, y
- muestra de encuesta de registros de empleados de empleadores claves.

Desafío 3

Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países afectados por la migración puedan conservar su personal de salud y evitar carencias en su dotación

El sentido de las tres metas de este desafío es reconocer la doble problemática que enfrentan los países ante la migración internacional de los recursos humanos de la salud. Por ello las metas buscan:

1. asegurar el acceso de las poblaciones a los servicios de salud, y
2. asegurar el derecho a la libre movilidad de los trabajadores de la salud.

META 10: Todos los países de la Región habrán adoptado un código internacional de práctica o desarrollado normas éticas para el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud

RACIONALIDAD DE LA META

En vista del déficit global de trabajadores de la salud que existe en el 30% de los países, incrementos substanciales en la demanda de trabajadores de la salud son previstos en el futuro cercano en los países más desarrollados y la migración cada vez más competitiva de trabajadores de la salud tendrá un impacto significativo en las fuerzas de trabajo de los países de menores ingresos. La OMS aboga por un código global de práctica para el reclutamiento internacional y el manejo de personal de la salud. Se les alienta a los países desarrollados a adoptar códigos de compromiso de conducta que gobiernen las prácticas éticas de reclutamiento para compensar a los países de donde los profesionales de la salud son reclutados y para comprometerlos a políticas oficiales de auto-suficiencia de la fuerza de trabajo a nivel de país.

En resumen, la adopción de un código de práctica:

1. apoyaría un manejo global del tema;
2. reconocería los derechos de los individuos a la libre movilidad;
3. reconocería las necesidades de los países en vías de desarrollo;
4. excluiría el reclutamiento activo procedente de países de mayor necesidad y con las más grandes desventajas;

5. establecería acuerdos de principios bilaterales entre las naciones en desarrollo identificadas; y,

6. sería consistente en el apoyo de las amplias metas de los países en vías de desarrollo seleccionados.

Se espera que la emigración de los profesionales de la salud en las Américas permanezca un problema serio para muchos de los países de la Región. Las inequidades en la producción de recursos humanos de la salud no solo varían grandemente a través de la Región, pero la brecha entre los países con altas y bajas densidades de trabajadores de la salud continúa creciendo. La adopción de un código de ética con respecto al reclutamiento internacional de trabajadores de la salud podría ser un primer paso importante en desarrollar políticas de la fuerza de trabajo amplias y colaboradoras para estabilizar y manejar la fuerza de trabajo de salud de la Región.

TÉRMINOS CLAVE

Las referencias a las **normas éticas** y **código global de práctica** con respecto al reclutamiento internacional de los trabajadores de la salud son descritas en la sección de la Racionalidad de la meta.

Un **código global de práctica** se refiere a un acuerdo internacional sobre las formas y maneras de reclutar y manejar éticamente los trabajadores de la salud calificados. El código se concentra en tres temas: proteger a los trabajadores emigrantes de los reclutadores y empleadores inescrupulosos; asegurar que los individuos estén adecuadamente preparados y respaldados por sus lugares de empleo; y asegurar que el flujo de los trabajadores emigrantes de la salud no altere innecesariamente los servicios de la salud de los países de origen.

Normas éticas se refieren a estándares formales que guían a los países en el reclutamiento internacional de los trabajadores de la salud, basados en los principios de transparencia, justicia y beneficio mutuo con respecto a los países de origen, países de destino, instituciones, agencias de reclutamiento y trabajadores emigrantes de la salud.

INDICADOR PROPUESTOS

País:

- ¿Ha adoptado un código global de práctica? (Sí - No)
- ¿Ha establecido normas de ética para el reclutamiento internacional? (Sí - No)

Regional[1]:

$$\frac{\text{Número total de países en la Región que han adoptado un código global de práctica para el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud}}{\text{Número total de países en la Región}} \times 100$$

1. Este porcentaje será calculado por OPS.

$$\frac{\text{Número total de países en la Región que han establecido normas éticas con respecto al reclutamiento internacional de trabajadores de la salud}}{\text{Número total de países en la Región}} \times 100$$

DATOS REQUERIDOS

- ¿Ha adoptado el país un código global de práctica para el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud? (Sí - No)
- ¿Ha establecido el país normas éticas con respecto al reclutamiento internacional? (Sí - No)
- Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles de los siguientes aplican?:
  - limitar el reclutamiento procedente de países con escasez clara de personal;
  - pagar algún tipo de compensación a los países de origen;
  - entrar en acuerdos bilaterales para manejar mejor los flujos de migrantes;
  - apoyar a los países de origen con estrategias para retener a sus trabajadores de la salud, y
  - respetar los derechos de los inmigrantes y asegurar que existan leyes apropiadas para su protección.

GUÍA METODOLÓGICA

1. Determinar si ha sido adoptado el código de práctica para el reclutamiento internacional ético de los trabajadores de la salud;
2. listar los acuerdos con otros países con respecto a los trabajadores inmigrantes de la salud;
3. listar las normas éticas o específicas del país relacionadas con el reclutamiento internacional;
4. la información adicional debe incluir:
   - una lista de cualquier política específica de país que busque cumplir sus propias necesidades con respecto a los recursos humanos de salud, y
   - una lista de cualquier política para reducir la dependencia en trabajadores extranjeros.
   - Indicar hasta qué punto está siendo implementada la política.
5. Los países aplicarán su propia definición y desarrollarán sus propias líneas de base de sus necesidades en los recursos humanos de la salud, y
6. es importante notar que los países se beneficiarían de un identificador único y un sistema de monitoreo de cambios a lo largo del tiempo.

FUENTES DE DATOS

- Ministerio de salud;
- oficina internacional, y
- oficina de la OPS en el país.

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

RACIONALIDAD DE LA META

Generalmente se está de acuerdo en que cualquier estrategia sostenible de recursos humanos a largo plazo requiere de una gran inversión en la auto-suficiencia nacional de recursos humanos para la salud. Este principio se aplica a ambos países: países subdesarrollados (de origen) y países desarrollados (de destino).

Los países subdesarrollados necesitarán trabajar —con el apoyo fiscal y de políticas de otras naciones— para reducir los factores de "empuje" con respecto a la emigración de los trabajadores de la salud, mientras que los países desarrollados necesitarán reducir los incentivos e incrementar las barreras para disminuir los factores de atracción de los trabajadores de la salud emigrantes. Un compromiso para ser más auto-suficiente requiere que los países desarrollados entrenen y retengan más profesionales de la salud en base a las necesidades identificadas, mientras ponen énfasis particular en cumplir las demandas de la población por medio de programas apropiados de incentivos.

Se reconoce que la auto-suficiencia es una meta a largo-plazo para la mayoría de los países. Sin embargo, la auto-suficiencia como la política de primera respuesta de la planificación de recursos humanos de la salud, puede ayudar a estabilizar las fuerzas de trabajo del país al promover la inversión en la infraestructura de la fuerza de trabajo y utilizar a los trabajadores migrantes como un buffer de demanda más que como la fuente primaria de trabajadores de la salud.

TÉRMINOS CLAVE

La **auto-suficiencia** en recursos humanos de la salud enfatiza la inversión estratégica en el desarrollo de infraestructura de país para mejorar su capacidad general de lograr una fuerza de trabajo más óptima, estable y apropiadamente distribuida por medio de reclutamiento más efectivo y políticas y programas de retención de recursos humanos.

Un enfoque integral a la auto-suficiencia de recursos humanos para la salud requiere una aproximación de tres ejes:

1. Los países de origen reducen los factores de **empuje** con respecto a la emigración de los trabajadores de la salud por medio de:

- identificar las razones políticas, económicas, sociales y profesionales detrás de su decisión de emigrar;
- reestructurar los programas de formación para reflejar el conocimiento, habilidades y actitudes que son mas apropiadas para apoyar el desarrollo nacional;
- involucrar a las comunidades locales y rurales en el proceso de selección de los estudiantes y entregar becas para entrar a programas de formación de salud;
- invertir en mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud, y
- entrar en acuerdos bilaterales con los países destino para controlar el flujo y derivar algún tipo de compensación por la perdida de profesionales de la salud.

2. Los países de destino tomen más responsabilidad en reducir los factores de **atracción** y asistir a los países subdesarrollados por:
   - desarrollar un código de conducta del país para el reclutamiento ético;
   - llevar a cabo acciones unilaterales para limitar el reclutamiento de países con claras deficiencias de personal;
   - proporcionar visas no-extendibles, especialmente dirigidas a la adquisición de habilidades para el beneficio del país de origen;
   - pagar algún tipo de compensación a los países de origen por medio de acuerdos bilaterales;
   - implementar políticas que faciliten el regreso de profesionales en el país huésped después de un periodo de estadía en sus países de origen, y
   - llegar a un compromiso genuino de ser mas auto-suficientes en la formación y retención de mas profesionales de la salud con especial énfasis en llegar a requisitos rurales por medio de incentivos apropiados.
3. La comunidad internacional apoyando el Código Global de Práctica para el reclutamiento ético basado en los principios de transparencia, justicia y beneficio muto para todas las naciones (ver meta 10).

INDICADOR PROPUESTOS

País:

- ¿Existe una política de auto-suficiencia de recursos humanos? (Sí o No).

Regional[2]:

- ¿Qué porcentaje de países en la Región tienen una política con respecto a la auto-suficiencia?

2. Este porcentaje será calculado por OPS.

$$\frac{\text{Número total de países en la Región con una política de auto-suficiencia}}{\text{Número total de países en la Región}} \times 100$$

DATOS REQUERIDOS

- ¿El país tiene una política de auto-suficiencia con respecto a los recursos humanos de la salud? (Sí o No).

  Si la respuesta es afirmativa, enumere las políticas de auto-suficiencia que actualmente existen:

  - Un compromiso para formar más profesionales de la salud para dar respuesta a la demanda local.
  - Un programa de reclutamiento que enfatiza las necesidades especiales de las comunidades rurales.
  - Una estrategia de retención que considera la compensación laboral, condiciones de trabajo y seguridad, roles profesionales y despliegue y comunicación y participación en decisiones de gerencia.

GUÍA METODOLÓGICA

1. Determinar si existe una política actual nacional que explícitamente se enfoque en lograr la auto-suficiencia;
2. determinar si la política incluye producir y retener suficientes trabajadores de salud para dar respuesta a las demandas del país;
3. determinar si la política incluye el reclutamiento específico de trabajadores extranjeros para dar respuesta a necesidades de entrega de servicios de salud locales;
4. determinar si la política está ligada a un código de práctica de país o internacional con respecto al reclutamiento de trabajadores internacionales de la salud;
5. determinar si los programas de entrenamiento profesional de la salud tienen suficientes personas inscritas para lograr las necesidades futuras previstas para las necesidades de la población y las demandas en el sistema de entrega de servicios de salud;
6. determinar qué pasos deben ser tomados para obtener mejores medidas de la emigración e inmigración de la fuerza de trabajo de salud;
7. indicar qué herramientas tiene para medir las necesidades de la fuerza de trabajo de la salud a nivel de país, e
8. identificar los planes para hacer estimaciones de los requisitos actuales y futuros de los trabajadores de la salud.

FUENTES DE DATOS

- Ministerio de Salud y regiones de salud;
- organismos profesionales de registro (licenciamiento), y
- autoridades de inmigración.

META 12. Todas las subregiones habrán formulado acuerdos mutuos e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero

RACIONALIDAD DE LA META

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

TÉRMINOS CLAVE

Profesionales capacitados en el extranjero son aquellos trabajadores de la salud quienes han recibido su formación de salud profesional y/o su certificación profesional en un país que no sea aquel donde actualmente trabaja y/o reside

Mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero incluye evaluación formal y herramientas y técnicas para determinar la validez y equivalencia de las credenciales y experiencia de los trabajadores capacitados en el extranjero para asegurar que sus habilidades estén alineadas con los requisitos de licenciatura de su país destino.

INDICADORES PROPUESTOS

País:

- ¿El país tiene un mecanismo formal para el reconocimiento de profesionales capacitados en el extranjero? (Si o No).

Regional[3]:

$$\frac{\text{Número total de países en la Región con mecanismos para el reconocimiento de las credenciales de los profesionales de la salud extranjeros}}{\text{Número total de países en la Región}} \times 100$$

DATOS REQUERIDOS

- Determinar si el país tiene mecanismos para reconocer a los profesionales capacitados en el extranjero;
- proporcionar una lista de los actuales estándares y mecanismos para facilitar el reconocimiento de profesionales capacitados en el extranjero, y
- enumerar provisiones en los pactos subregionales (NAFTA, CARICOM, etc.) que tienen acuerdos especiales para facilitar el intercambio de profesionales de la salud.

GUÍA METODOLÓGICA

1. Determinar si actualmente existen mecanismos para el reconocimiento de credenciales de profesionales capacitados en el extranjero;
   - si existiesen, identifique mecanismos de evaluación que sean utilizados actualmente;
2. identificar diferencias en los requisitos de certificación para los profesionales de la salud en la Región;
3. identicar programas de formación de idiomas y culturales para ayudar a los profesionales a adaptarse, e
4. identificar países cuyas credenciales no sean reconocidas intra-regionalmente.

FUENTES DE DATOS

- Comisión Nacional de Acreditación;
- agencias subregionales para acreditación/certificación;

3. Este porcentaje será calculado por OPS.

- acuerdos subregionales (NAFTA-MERCOSUR-CARICOM-COMUNIDAD ANDINA) que especifican condiciones para el transito de profesionales entre los Estados Miembros.
- Ministerio de Salud, y
- organismos de registro (licenciamiento).

Desafío 4

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

META 13: La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrán reducido a la mitad en todos los países

RACIONALIDAD DE LA META

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

La reducción de empleo precario y sin protección para los proveedores de la salud incrementara el éxito a largo-plazo del reclutamiento de la fuerza de trabajo de salud y las estrategias de retención e incrementaran la estabilidad, manejabilidad y efectividad general de la fuerza de trabajo de salud.

TÉRMINOS CLAVE

Protección social de empleo precario y sin protección para los proveedores de la salud difiere de país en país, pero se considera que incluye al mínimo seguro de salud, pensiones y ausencia por enfermedad/embarazo.

INDICADOR PROPUESTOS

$$\frac{\text{El número total de puestos de empleo atención de salud en el país que son precarios y/o sin protección social}}{\text{El número total de puestos de empleos de salud en el país}}$$

DATOS REQUERIDOS

$$\frac{\text{Número total de puestos de empleo en el sector de la salud en el país}}{\text{Número total de puestos de empleo en el sector salud en el país que son considerados inestables o desprotegidos}}$$

GUÍA METODOLÓGICA

1. Indicadores de empleo estable, protegido en el sector de la salud puede incluir puestos de empleo con: seguro de empleo, planes de retiro y pensión, seguros de accidentes, seguros de servicios de salud, ausencia por/ausencia por embarazo, pagos por invalidez, cobertura de invalidez, condiciones seguras de trabajo, externalización de trabajo limitado, mecanismos de negociación establecidos y la mayoría de trabajos con contratos o condiciones de trabajo definidas.
2. Actualmente se encuentran disponibles estadísticas de estudios laborales que describen el estado de protección de seguridad de acuerdo a las categorías ocupacionales.
3. Estudios de los Observatorios de Recursos Humanos pueden proporcionar algunos de estos datos de base.
4. Datos del Ministerio de Salud indican cuantos trabajadores no tienen contrato.
5. Una encuesta nacional de empleo de algunos de los mayores empleadores —utilizando definiciones internacionales— puede ser llevados a cabo si los datos primarios no están disponibles.
6. Dado que la información recolectada es sobre puestos de empleo, la unidad a medir es trabajos y no personas.

FUENTES DE DATOS

- Estadísticas de trabajo o económicas;
- estadísticas de seguridad social del país;
- estadísticas de administración pública;
- Ministerio de Salud y regiones de salud, y
- reportes de sindicatos.

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

RACIONALIDAD DE LA META

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

TÉRMINOS CLAVE

Políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud incluyen cualquier medida que son proporcionadas para asegurar la calidad y seguridad del lugar de trabajo de los servicios de la salud, tales como; equipo actualizado y reparado, entornos limpios, áreas estructuralmente seguras, la provisión de entrenamiento de seguridad, cobertura de seguro de salud y la provisión de servicios de la salud.

INDICADORES PROPUESTOS

País:

$$\frac{\text{Número total de trabajos en el sector salud cubiertos por medidas de salud y seguridad}}{\text{Número total de trabajos en el sector de la salud}} \times 100$$

Región:

$$\frac{\text{Número total de países en la Región con políticas de salud y seguridad}}{\text{Número total de países en la Región}}$$

DATOS REQUERIDOS

- ¿El país tiene una política para cubrir la salud y seguridad de los trabajadores de la salud? (Sí o No)

GUÍA METODOLÓGICA

1. Indagar en el Ministerio de Salud si existe una política nacional de salud y seguridad;
2. determinar si existen políticas para cubrir: equipo actualizado y reparado, ambientes sanos, áreas de trabajo estructuralmente seguras, entrenamiento de seguridad y la provisión de servicios de salud y seguro de salud;
3. encuestar a los empleadores para ver si las políticas se han implementado;
4. equipos de investigación individuales de país pueden definir el alcance de los programas de salud y seguridad, y
5. una muestra de empleados clave puede llevarse a cabo para estimar el número de empleadores que pueda tener protección de salud y seguridad para su fuerza de trabajo.

FUENTES DE DATOS

- Departamento de salud;
- regiones de salud;
- sindicatos, y
- legislación de trabajo.

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

RACIONALIDAD DE LA META

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

TÉRMINOS CLAVE

Gerentes de servicios y programas de salud. Comprende cualquier tipo de profesional que haya sido designado para la dirección de instituciones de salud con y sin internación.

Requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión entre ellos. Los requisitos, en los cuales se incluye el entrenamiento ético, son garantizados a través de la certificación en salud pública y gestión, sean éstos a través de un curso universitario o de entrenamiento en servicio. Los contenidos de estos cursos desarrollan competencias para la salud pública y la gestión, e integran principios de carácter ético para el desempeño de dichas funciones.

INDICADOR PROPUESTO

Porcentaje de gerentes de servicios y programas de salud con certificados de cursos de gerencia en salud.

$$\frac{\text{Número de gerentes con cursos de gerencia en salud}}{\text{Total de gerentes dirigiendo unidades y programas de salud}} \times 100$$

En caso que no existiesen datos:

Existencia de requerimientos de certificación en salud pública o gerencia para quienes conducirán servicios y programas de salud presentes en los llamados para puestos o en la descripción de requisitos. Traducido como: Porcentaje de cargos directivos para los cuales existen requerimientos.

GUÍA METODOLÓGICA

1. Se considera gerentes que están trabajando.
2. En caso de no encontrar información y optar por la entrevista a informantes claves, éstos deben ser: (1) a una autoridad sanitaria de alto nivel, (2) Al experto en Recursos Humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana en su país y (3) al director de la Dirección de Recursos Humanos en Salud. Colocar en nota de pie de página a quienes se realizó la entrevista.
3. En países grandes (donde el número de unidades de salud supera los miles), se sugiere tomar los datos de los gerentes que trabajan en el sector estatal en los niveles de conducción medio (regiones, provincias) y alto (nivel central del Ministerio de Salud).
4. Si el país cuenta con un sistema de capacitación para el trabajo y de evaluación del desempeño, puede profundizar en el estudio, sin que esta investigación pueda servir para comparabilidad internacional.

FUENTES DE DATOS

- Es posible que el Ministerio de Salud Pública tenga ya un registro del personal que trabaja en sus unidades y programas así como de su capacitación del cual es posible obtener el dato que requiere para construir el indicador.
- En caso de no contar con lo anterior, utilice entrevistas a informantes claves con las siguientes preguntas:
  - ¿Existen o no los requerimientos de certificación en gerencia para quienes dirigen servicios y programas de salud?
  - ¿Tienen registros del volumen de personal con estas especificaciones de capacitación?
  - ¿De qué nivel es este personal: nacional, regional, provincial, cantonal, departamental?
  - ¿El estado tiene programas permanentes de capacitación en gerencia para el personal directivo?

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

RACIONALIDAD DE LA META

La entrega de servicios esenciales de salud debe ser considerado un servicio esencial para el público. Como tal, legislación efectiva y mecanismos de negociación laboral deben ser creados para resolver conflictos de trabajo y garantizar que no exista una disrupción de esos servicios de salud que son considerados necesarios para sostener la vida. El propósito de la iniciativa no es minimizar los temas laborales pero garantizar que el dialogo mejorado con las organizaciones de trabajadores permitan la entrega de servicios esenciales de la salud que pueden ser necesarios mientras el conflicto laboral sea resuelto. Este mecanismo protegería los derechos de los trabajadores, consistente con las leyes locales laborales y practicas sindicalistas, y garantizarle al paciente acceso a servicios de salud críticos. Los mecanismos de negociación deben ser designados, incluyendo la opción de arbitraje forzoso que equilibre los intereses de la gerencia y laborales y a la vez cumplir con las necesidades críticas de atención a la salud de los pacientes.

TÉRMINOS CLAVE Y DEFINICIONES

Servicios esenciales son definidos como aquellos servicios críticos, no-electivos cuya entrega es necesaria para salvar o mantener la vida humana.

INDICADORES PROPUESTOS

País:

- Actualmente existe legislación sobre servicios esenciales - Si o No.
- Actualmente existen mecanismos formales de negociación - Si o No.

Regional:

$$\frac{\text{Número total de países en la Región con mecanismos formales para resolver conflictos laborales}}{\text{Número total de países en la Región}} \times 100$$

$$\frac{\text{Número total de países en la Región con legislación de servicios esenciales}}{\text{Número total de países en la Región}} \times 100$$

DATOS REQUERIDOS

País:

- Indicar si existe legislación sobre servicios esenciales.
- Indicar si existen mecanismos de negociación de conflictos laborales.

Regional:

- Número total de países con legislación de servicios esenciales.
- Número total de países con mecanismos formales de negociación de conflictos.
- Número total de países en la Región.

GUÍA METODOLÓGICA

1. Identificar la legislación que existe para garantizar la entrega de servicios esenciales;
2. enumerar los mecanismos formales de negociación que estén en práctica para evitar una posible huelga;
3. en el caso que existan los mecanismos, proporcionar una definición y enumerar los servicios esenciales a ser proporcionados, y
4. en el caso que existan los mecanismos, indique si la jurisdicción es nacional, regional o provincial.

FUENTES DE DATOS

- Estadísticas laborales y estudios sobre conflictos laborales;
- entrevistas con gerentes de servicios de salud que sean afectados por los conflictos laborales;
- Ministerio de Salud;
- Ministerio de Trabajo, y
- representantes de los sindicatos.

Desafío 5

Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para producir profesionales sanitarios sensibles y calificados

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

RACIONALIDAD DE LA META

Esta meta se inserta en el concepto renovado de atención primaria de salud que llama la atención hacia fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud. Por tanto, parte del concepto de salud como derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud.[4] El desarrollo pleno de la APS requiere prestar especial atención al papel que en este cambio y reafirmación de paradigmas juegan los recursos humanos en salud. Por tanto, la formación del personal en los espacios universitarios con este enfoque cobra una nueva e importante dimensión.

TÉRMINOS CLAVE

Escuelas de ciencias de la salud. Se refiere a todas las unidades educativas universitarias y técnicas que forman personal de salud: médicos, enfermeras y parteras.

Reorientado su formación hacia la atención primaria y necesidades de la salud comunitaria: Se han operado reformas curriculares en los últimos veinte años para integrar el concepto renovado de atención primaria y contenidos sobre salud comunitaria con el fin de prestar atención integral y apropiada de salud, tomando a las familias y a la comunidad como base para la planificación y la acción.

La atención primaria de salud no debe constituir un módulo conceptual y de reflexión sino que debe contemplar una práctica específica dentro de la formación, por ejemplo a través de estadías prolongadas en centros comunitarios y de atención primaria.

Atención Primaria de Salud (verificar con otras metas) es definida por la Conferencia de Alma Ata como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas,

4. OPS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. OPS-OMS, 2007, i), iii).

científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Al formar parte integral del sistema nacional de salud es la puerta de entrada y el lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población. La renovación de APS integra además el concepto de salud como derecho humano y la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud.[5]

Formación interprofesional: Formación de estudiantes de diversas profesiones de la salud de manera integrada. En algunos países, esto significa un currículo básico común para el equipo de salud desde el pre-grado. Presupone desafíos presupuestarios pero también ahorra costos. Los estudiantes de medicina, enfermería, obstetricia, odontología comparten materias de atención primaria que se constituyen en ejes comunes del currículo, y luego complementan esta formación con pasantías conjuntas en la comunidad. En otros contextos se habla de formación interprofesional a nivel de enseñanza de post-grado.

INDICADORES PROPUESTOS

- Integración en el currículo de contenidos de APS.
- Integración en el currículo de prácticas en APS.
- Existencia de estrategias de formación interprofesional en las escuelas de ciencias de la salud.
- Existencia de soporte financiero para la formación interprofesional.
- A partir de la lista de chequeo que se propone a continuación se califica el estado de cumplimiento de la meta.

Características	Sí	No
1. La escuela de Ciencias de la Salud centra la formación de los profesionales en el modelo biomédico:[a, b]		
▪ Médicos		
▪ Enfermeras		
▪ Obstetricez		
▪ Otros (especifique)		
2. Incluyen contenidos de APS en el currículo[c]		
3. Cambiaron el modelo curricular y lo reorientaron hacia APS[d]		
4. Tienen estrategias de formación interprofesional[d]		
5. Existencia de soporte financiero para la formación interprofesional[d]		
TOTAL		

Notas:

[a] El modelo biomédico centra la formación del recurso humano en una causalidad biológica del proceso salud-enfermedad, por tanto el eje es la noción de la enfermedad y su curación y las materias de ciencias básicas, descuidando o anulando el enfoque social de los procesos, y por tanto, minimizando o eliminando material sociales que permitan una visión desde la salud y no la enfermedad.

[b] Califique con un punto si es NO y con 0 cuando es SI.

[c] En este caso califique con 1 punto cuando es SI.

[d] Ponga 3 puntos cuando es SI.

5. Ibid, pág. 4.

FUENTES DE DATOS

- Si en su país es factible recoger información de todas las universidades, se recomienda hacerlo, de lo contrario, realice una muestra intencionada de universidades.
- Ubique las tres o cuatro Universidades Públicas que tengan las Facultades de Ciencias Médicas más prestigiosas, importantes y con la mayor demanda de formación de recursos humanos en salud en su país y tómelas como una muestra de lo que sucede en el país. Puede usted solicitar estos criterios en las Asociaciones de Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud que muchos países tienen.
- Realice una entrevista con los máximos directivos para poder recabar la información solicitada.

GUÍA METODOLÓGICA

Es posible hacer un estudio a profundidad para revisar las cargas horarias en APS vs. los contenidos biomédicos y aplicarlas a las carreras de Enfermería y Medicina.

Los países que tengan posibilidades pueden hacer un estudio sobre todo el universo de Universidades y sus escuelas de Ciencias Médicas o puedan tomar una muestra representativa y no intencionada como la que se propone.

Para la muestra intencionada, coloque en nota de pie de página explicando los criterios que usó para la selección de esta muestra.

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

RACIONALIDAD DE LA META

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

TÉRMINOS CLAVE

Escuelas de ciencias de la salud, se refiere a todas las unidades educativas universitarias y técnicas que forman personal de salud: médicos, enfermeras y parteras.

Programas específicos para atraer y formar estudiantes de poblaciones subatendidas. Los programas específicos se refieren a un diseño de currículo y formas de ejecución de los planes de estudio que permitan acercar a la universidad a las poblaciones tradicionalmente excluidas, en especial se refieren a las exclusiones por etnia, por recursos económicos y por distancias e inaccesibilidad geográfica.

INDICADOR PROPUESTO

Existencia de programas de ingreso (reclutamiento selectivo de candidatos, acción afirmativa) a las Escuelas de ciencias de la salud para incluir estudiantes de poblaciones subatendidas.

Porcentaje de Programas específicos de formación de estudiantes que provienen de poblaciones indígenas, o que tienen escasos recursos o que viven en distancias geográficas inaccesibles.[6]

DATOS REQUERIDOS

1. Tomar una muestra intencionada, seleccionando las mismas descritas en la meta 7, y que sean las tres o cuatro Universidades Públicas que tengan las Facultades de Ciencias Médicas más prestigiosas, importantes y con la mayor demanda de formación de recursos humanos en salud en su país y tómelas como una muestra de lo que sucede en el país. Puede usted solicitar estos criterios a las Asociaciones de Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud que muchos países tienen.
2. Realice una entrevista con los máximos directivos para poder recabar la información solicitada.

FUENTES DE DATOS

Realizar las siguientes preguntas a los informantes claves:

- ¿Existen programas de extensión universitaria que integren estudiantes de poblaciones subatendidas para formarse en las carreras de las ciencias de la salud o en escuelas de salud pública?
- ¿Dónde se encuentran localizados estos programas?
- ¿Cuáles son estos programas? (Enumérelos).

6. Se podrá incluir también a estudiantes con algún tipo de discapacidad que no impida el ejercicio profesional de las carreras de ciencias de la salud.

META 19: Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%

RACIONALIDAD DE LA META

Esta meta pretende demostrar cuál es la magnitud de la deserción de estudiantes de medicina y enfermería que mide en definitiva la calidad del proceso educativo y las dificultades para la retención de los estudiantes en las carreras de salud, frente a los costos que implican su formación, su repitencia y abandono. Algunos estudios de países de la Región de las Américas muestran tasas de abandono mayores al 50 %, lo que implica un alto fracaso del sistema educativo para retener posibles futuros profesionales de salud, con consecuencias de mal uso de recursos e impactos sobre la calidad de la formación profesional.

TÉRMINOS CLAVE

Tasa de abandono: Se refiere a los estudiantes de las carreras de medicina y enfermería que dejan de estudiar y no culminan sus profesiones.

Las tasas necesitan de relaciones poblacionales, en este caso, la tasa realmente es un porcentaje.

INDICADOR PROPUESTO

Porcentaje de estudiantes de medicina que abandonan la carrera.

$$\frac{\text{Número de estudiantes de medicina que ingresaron en el año t}}{\text{Número de estudiantes de medicina que egresaron en el año t} + x} \times 100$$

$$\frac{\text{Número de estudiantes de enfermería que ingresaron en el año t}}{\text{Número de estudiantes de enfermería que egresaron en el año t} + x} \times 100$$

Se refiere al cociente entre el número de ingresados y el número de egresados en una cohorte de estudiantes que para cada profesión difiere por el número de años que dura la carrera/programa de estudios.

DATOS REQUERIDOS

Número total de estudiantes de medicina y enfermería que ingresaron en un determinado año “t”.

A la misma cohorte de estudiantes se la sigue por el número de años que dura la carrera (x) y se cuenta cuántos egresaron. Alternativamente se puede calcular en forma simple el número de egresados en el año (t + x).

GUÍA METODOLÓGICA

- Debe definirse en una nota de pie de página el número de años que dura la carrera de medicina y enfermería en cada país.
- En el caso de las enfermeras, diferenciar si existen diversas categorías de personal según la preparación: universidad o instituto tecnológico. Aclarar estas diferencias en nota de pie de página.
- Colocar la carrera que se está presentando o midiendo en el indicador. Si solo tiene médicos, aclare este particular, en nota de pie de página.
- Se considera para esta línea de base datos de la cohorte que se gradúen después del 2000 y agregar, si los datos lo permiten, dos cohortes adicionales.

Ejemplo:

Mínimo requerido:

$$\frac{\text{Número de estudiantes de enfermería que ingresó en el año 1998}}{\text{Número de estudiantes de enfermería que egresaron en el año 2001 (en caso que en este país el programa de estudios de enfermería dure tres años)}} \times 100$$

Adicionales:

$$\frac{\text{Número de estudiantes de enfermería que ingresó en el año 1998, 1999, 2000}}{\text{Número de estudiantes de enfermería que egresaron en el año 2001, 2002,2003}} \times 100$$

- En la medida que se agreguen más años a la ecuación será posible evitar errores por años excepcionales.
- Si los países cuentan con recursos pueden profundizar en estudios cualitativos o cuantitativos sobre las causas de deserción.

FUENTES DE DATOS

- Los registros de cada universidad tienen estos datos por lo que se recomienda realizar una investigación específica para determinar el comportamiento del indicador en por lo menos tres o cuatro universidades estatales más grandes del país.

- Pueden existir ya estudios de investigación específicos sobre el tema de los cuales se pueden extraer estos indicadores, en nota de pie de página, especificar las fuentes.

META 20: El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida

RACIONALIDAD DE LA META

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

TÉRMINOS CLAVE

Escuelas de ciencias de la salud y escuelas de salud pública: Se refiere a escuelas de formación del pre- y postgrado en ciencias de la salud y específicamente, para el segundo caso, a escuelas de salud pública.

Acreditación: Se refiere a la evaluación y verificación de calidad de las escuelas de ciencias de la salud y de salud pública a través de un proceso preestablecido, no se refiere a la certificación para autorizar su funcionamiento.

Entidad reconocida: Institución legalmente constituida y reconocida por el Estado para operar como la entidad que realiza la evaluación correspondiente y extiende la acreditación basada en parámetros objetivos y verificables.

INDICADORES PROPUESTOS

- Existencia de instancia acreditadora. Sí/No
- Porcentajes de facultades y/o escuelas de ciencias médicas acreditadas.
- Porcentaje de escuelas de salud pública acreditadas.
- Número de facultades y/o escuelas de ciencias médicas, y de salud pública en proceso de acreditación.

$$\frac{\text{Número de facultades y/o escuelas de ciencias de las salud acreditadas}}{\text{Número total de facultades y/o escuelas de ciencias de las salud}} \times 100$$

$$\frac{\text{Número de escuelas de salud pública acreditadas}}{\text{Número total de escuelas de salud públicas de ciencias de las salud}} \times 100$$

DATOS REQUERIDOS

- Existencia de instancia acreditadora de la educación de ciencias médicas y salud pública en el país.
- Número de escuelas de ciencias médicas, de enfermería y de salud pública acreditadas.
- Número total de escuelas de ciencias médicas, de enfermería y de salud pública.

GUÍA METODOLÓGICA

En este indicador no se mide la acreditación de las universidades donde están ubicadas estas escuelas, sino la acreditación específica de facultades, escuelas o programas de ciencias de salud de pre- o postgrado.

La pregunta clave para las entrevistas a informantes clave es:

- ¿Tiene su país una instancia de acreditación de la educación de pre- y postgrado?

FUENTES DE DATOS

- En caso de existir, los registros de la entidad nacional encargada de la acreditación de programas en ciencias de la salud (pueden existir varias para diferentes profesiones).
- Los registros de la instancia acreditadora que cuenten con el número y nombre de los programas y escuelas acreditadas.