Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

TALLER REGIONAL DE MEDICION DE METAS DE RRHH DE SALUD

Manual de trabajo

Este manual será la base para el desarrollo de la versión argentina del "Manual de Indicadores de las Metas de los Objetivos de Toronto".

19 al 21 de abril 2010

OPS-OMS

CUARTA REVISIÓN DEL MANUAL DE INDICADORES DE LAS METAS DE LOS OBJETIVOS DE TORONTO LUEGO DE SU VALIDACIÓN POR PAISES ANDINOS

Revisado febrero2010 PARA Venezuela

MARGARITA VELASCO A

ALEXANDRA ESCOBAR G

Documento validado por equipo andino de RHUS: Bolivia, Chile, Perú, Colombia y Ecuador bajo la conducción de la Regional de OPS de RHUS

INDICADORES DE LAS METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD 2007-2015

Manual para medición de líneas de base

Propósito
El *propósito* del manual es proporcionar un documento de referencia estandarizado para los países de la Región que clarifica los términos y parámetros de cada una de las veinte metas de la Resolución #CSP27/10 de OPS, "Metas Regionales de los Recursos Humanos para la Salud (RHS) 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.

DESAFIO 1

Definir políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente

META 1

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

Racionalidad de la meta

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

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 OMS, que integra en esta definición a médicos, enfermeras y parteras. Sin perjuicio de esto, se alienta a los países a recolectar información sobre todas las profesiones relevantes del equipo de salud.

- Médicos graduados en Universidades
- Enfermeras con formación universitaria o de institutos técnicos mínima de 3 años, se excluyen de esta definición auxiliares de enfermería o personal que ejerce su actividad bajo supervisión.
- Parteras, matronas u obstetrices: se refiere a personal con formación universitaria o de institutos técnicos tituladas con un mínimo de tres años de capacitación. Se excluyen parteras empíricas o entrenadas en programas de la comunidad

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

Indicador propuesto:
Razón de densidad de recursos humanos en salud por 10.000 habitantes

Fórmula:

$$\frac{\text{No. de médicos + enfermeras + parteras en el año t}}{\text{Total de la población de un país en el año t}} \times \text{cada 10.000 habitantes}$$

Definición del indicador

Número de personal de la salud (médicos, enfermeras y parteras) que, en un determinado año, laboran a tiempo completo en establecimientos de salud públicos o privados, expresado en una tasa 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 para la población existente en ese mismo período.

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.

El año t se refiere al año en el que se recogen los datos de los recursos humanos y que debe coincidir con el de la población de ese mismo año.

Datos requeridos:

Número total de médicos, enfermeras y parteras trabajando a tiempo completo en institución del sector privado o público.

La población total en un determinado año corresponde a las proyecciones realizadas a partir de los censos de población o a los resultados del censo si fue realizado en el año en el que se toma los datos.

Guía metodológica

1. Si la partera, matrona u obstetriz, es a la vez enfermera, debe ser contabilizada como una persona.
2. Si en el país no existen los datos sobre parteras, deberá explicarse esto en una nota de pie de página.
3. 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.
4. 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. Por lo general, los registros administrativos concernientes a las estadísticas del personal de salud suelen ser compilados y ordenados por los institutos nacionales de estadísticas y censos, por tanto, se recomienda realizar una primera indagación en estos institutos para obtener los datos necesarios.

Este dato que encuentre probablemente registra el número de personal de salud trabajando a tiempo parcial o a tiempo completo. El tiempo completo puede asegurar la no duplicación de los datos, por esto es que se pide registrar al personal con esta carga de trabajo. En caso de no existir o ser muy fragmentados los datos, se aconseja usar registros de Colegios, Consejos Profesionales u organismo 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 2) puede ser personal que migró.

Los países cuentan con números totales de población provenientes de los censos de población o vivienda y de sus proyecciones para el año de construcción del indicador sugerido.

<u>META 2</u>

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

Racionalidad de la meta

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

Términos clave

Atención primaria en salud 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. Atención primaria en 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 las personas.

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

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

- Prevención y tratamiento de enfermedades
- Servicios de emergencia de primer contacto que contemplan 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
- Crecimiento y desarrollo del niño sano
- Atención materna
- Servicios de rehabilitación

Indicador propuesto

Porcentaje de médicos trabajando en atención primaria de salud .

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

Datos requeridos

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

Guía metodológica

1. Para evitar el doble conteo de profesionales de la salud, las personas y no puestos deben ser contabilizados.
2. De ser posible, todos los sectores de empleo deberán ser contabilizados.
3. El establecimiento de salud donde la atención primaria en salud será brindada debe estar claramente descrito dado la variabilidad entre países.
4. La definición de un médico trabajando a tiempo completo (donde sea posible) deberá indicar el número total de horas trabajadas (en el primer nivel de atención) dado que varia considerablemente entre los países de la Región.
5. Todos los médicos del país deberán ser contabilizados, incluyendo aquellos en contratos de empleo temporal de otros países (por ejemplo, los médicos cubanos).

Fuentes de datos

El número total de personal médico será determinado por los registros administrativos de la profesión. Si esto no es posible, los datos deberán ser

suplementados por el Ministerio de Salud, regiones de salud, registros administrativos de instituciones públicas y escuelas profesionales y las 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 en Salud se refiere al grupo de profesionales que entregan servicios de salud en la comunidad en puntos "primarios" o de primer contacto entre el paciente y el sistema de salud. Los miembros de los equipos de atención primaria en salud pueden variar y generalmente reflejan las necesidades de salud particulares de la comunidad local que atienden. La eficiencia del equipo está relacionada con su habilidad para llevar a cabo su trabajo y manejarse como un equipo de entrega de salud independiente, coordinado y auto-suficiente.

El Trabajador de Salud Comunitario como miembro clave del Equipo de Atención Primaria en Salud generalmente tiene familiaridad con la población que él o ella sirve, y por lo tanto brinda un lazo más directo entre el sistema de entrega de servicios de salud y las necesidades de salud identificadas por la comunidad.

Términos clave

Un *Equipo de Atención Primaria en Salud* *puede* a grandes rasgos incluir cualquiera de los siguientes profesionales y agentes comunitarios, 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

- odontólogos
- 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 en emergencias – y cuando necesario, en el hogar del paciente
- Cuidado pre-natal y post-natal
- 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, adultos mayores, discapacitados y los que los cuidan
- Ayudando a los pacientes y sus familiares a hacer uso apropiado de otras agencias de cuidado y apoyo que incluyen especialistas en hospitales.

Los Trabajadores Comunitarios de la Salud brindan educación, referencia y seguimiento, manejo de casos y servicios de visitas al hogar con grupos vulnerables Generalmente los servicios son proporcionados por paraprofesionales quienes residen o tienen familiaridad con la comunidad. Están entrenados para proporcionar educación básica de la salud y referencias a los familiares y comunidades a una amplia gama de servicios y proporcionar apoyo y asistencia en navegar los sistemas de servicios comunitarios y de salud.
Un **grupo vulnerable** específicamente se refiere a sectores de la población con necesidades especiales y capacidades limitadas, tales como mujeres embarazadas de alto riesgo, niños, adultos mayores, discapacitados, y enfermos mentales. En el sentido más amplio, también se puede referir a esos grupos 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, conectados 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 en salud.

Indicadores propuestos

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

Cada una de las siguientes preguntas sobre la entrega de servicios de atención primaria de la salud será otorgada 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 del país será el resultado de las siete preguntas estarán en un rango de 0 a 72. Cero, corresponde a sin servicios de atención primaria de la salud, 72 a la nota máxima y representa un rango de servicios integrales.

Formas de recolección de la información con informantes claves y calificaciones:

Estamos conscientes que no existe en la generalidad de los países registros sobre este indicador, por tanto, se sugiere levantar la información en grupos focales con informantes claves del más alto nivel, las respuestas serán el resultado del consenso de estos grupos. Las preguntas a consensuar son:

PREGUNTAS	SI	NO	PARCIAL
1. ¿Existe un programa nacional con (Ministerio de Salud)respecto a equipos de atención primaria de la salud?	(10) 10	(0)	(0.10-9-9)
Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué porcentaje de la población total del país es 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. 6 puntos		
¿Utiliza redes comunitarias el programa de atención primaria de la salud?	SI (10) 10	NO (0)	
¿Cubre el programa a poblaciones vulnerables?	Si (10)	No (0)	
¿Cuál de las siguientes poblaciones es cubierta por los equipos de atención primaria de la salud? Mujeres embarazadas de	(Un punto cada uno; nota máxima de 10 puntos)		

alto-riesgo Grupos étnicos Niños Grupos religiosos Adultos mayores Grupos culturales Discapacitados Bajos recursos Enfermos mentales Idiomas ancestrales			
¿Qué grupos de trabajadores de la salud son generalmente incluidos en los equipos de atención primaria de la	(Dos puntos cada uno; nota máxima de 10 puntos) *Profesión* Médicos Enfermeras y/u obstetras Técnicos de saneamiento básico (inspector sanitario) Trabajadores de la salud comunitarios Auxiliares (técnicos) de enfermería 10		
¿Qué conjunto de competencias amplias son requeridas actualmente en los equipos de atención primaria de la salud) *Competencias* Diagnóstico y manejo de condiciones crónicas y agudas Cuidado pre-natal y post-natal Prevención de enfermedad y discapacidad Crecimiento y desarrollo Rehabilitación después de enfermedad (seguimiento) Coordinación de los servicios de atención de la salud para poblaciones a alto riesgo (referencia); por ejemplo, niños, enfermos mentales, adultos mayores y discapacitados	(Dos puntos cada uno; nota máxima de 10 punto)		

TOTAL /72			

Datos adicionales requeridos si el sistema de información existente lo permite:

Se requiere información sobre: i) poblaciones vulnerables cubiertas por los equipos de atención primaria de la salud; ii) profesionales actualmente representados en los equipos de atención primaria de la salud; y, iii) actuales competencias amplias de equipos de atención primaria de la salud.

Datos adicionales que deberán ser recolectados por cada país incluirían: i) número total de equipos de atención primaria de la salud; ii) 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, iii) población total del país más la población de cada grupo vulnerable identificado.

Guía metodológica

La información para construir este indicador deberá ser recabada por encuestas y entrevistas con informantes claves del sistema de salud. Se recomienda reunirlos para realizar un grupo focal.

La información recolectada deberá: i) identificar si es los equipos de atención primaria de la salud son manejados por un programa nacional o estatal; ii) determinar el rango amplio de competencias de los miembros del equipo y si trabajan con grupos vulnerables (de acuerdo a lo explicado en los acápites anteriores); iii) determinar cuántos equipos de atención primaria de la salud existen; y, iv) identificar cómo los profesionales de atención de la salud están trabajando en equipos de atención primaria de la salud.

Si la información local existe, calcular el porcentaje de la población que son considerados poblaciones vulnerables y el porcentaje de estas poblaciones que tienen 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 ser obtenidos del Ministerio de Salud y las regiones de salud.

Rango de competencias de atención primaria de salud se podría obtener de los Manuales de descripción de puesto del equipo de salud de los programas de atención primaria que se implantan o también por medio de la evaluación de la

formación / enfoque educativo – currículo académico, formación en-servicio así como por descripciones de puestos /requisitos para el trabajo.

Todas las fuentes de datos deberán ser mencionadas. (Utilizar notas de pie de páginas según necesidad)

META 4.

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

Racionalidad de la meta

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

Términos claves

Médicos y Enfermeras: Médicos graduados en Universidades / Enfermeras con formación universitaria o de institutos técnicos mínima de 3 años, se excluyen de esta definición a auxiliares de enfermería o personal que ejerce su actividad bajo supervisión.

Indicador propuesto:
Razón de médicos por enfermeras

Fórmula:

$$\frac{\text{No. de médicos}}{\text{No. de enfermeras}}$$

Número de Médicos que, en un determinado año, laboran en el país; expresado con relación al número de enfermeras en las mismas condiciones.

.

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. Por lo general, los registros administrativos concernientes a las estadísticas

del personal de salud suelen ser compilados y ordenados por los institutos nacionales de estadísticas y censos, por tanto, se recomienda realizar una primera indagación en estos institutos para obtener los datos necesarios

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 Naciones Unidas o migrantes 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 concretiza en la existencia de una unidad institucional específica de recursos humanos que marca la dirección estratégica del tema para todo el sector salud y que, además, ha transformado su papel de administrador de personal al de gestor de políticas de recursos humanos.

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 estar localizada en un alto nivel de comando del Ministerio de Salud Pública para que pueda ejercer poder con sus decisiones o su asesoría a la autoridad sanitaria nacional. 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 de recursos humanos en salud a nivel nacional
6. Estar localizada en el más alto nivel 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 un grupo focal en el que se reunirá a los informantes claves del más alto nivel, o en caso de no lograrlo, a través de diversidad de entrevistas a dichos

informantes claves, con los cuales podrán determinarse las siguientes cualidades:

Existe la dirección de recursos humanos:
SI
NO

Si la respuesta es afirmativa, asigne **10** y luego 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. El 6 significa que tiene la máxima calificación y es el nivel de excelencia. Entre 0-1 no existe o que es sumamente incipiente. 2 y 3, que se hacen esfuerzos por iniciar los procesos. El 4 y 5 significan con muy buenas posibilidades de desarrollo.

DEFINICION DEL INDICADOR
A partir de la lista de chequeo que se propone a continuación por lo menos 3 informantes claves 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 suma los parciales y se obtiene una nota sobre 6 puntos para cada entrevista. Se promedia los criterios de los informantes claves y se obtiene una sola nota sobre 6.

Característica	**SI / 1**	**NO 0**	**Parcialmente**
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			
2. Desarrollar políticas de recursos humanos en salud para todo el sistema de salud			
3. Planifica el número y tipo de recursos humanos que requiere el sistema de salud			
4. Conducción estratégica de la gestión de recursos humanos en salud, la educación para el trabajo, y el abordaje de sus problemas y determinantes para el sistema de salud			
5. Cuenta con un sistema de información actualizado que integre el inventario de sus recursos humanos en salud, número, tipo, localización y niveles educativos			
6. Utiliza la negociación para las relaciones intersectoriales con el sector educativo, empleador y gremial			
TOTAL	**6**		
TOTAL DEL INDICADOR 10 + 6 = 16 EQUIVALE AL			

100% meta			

Datos requeridos:

Los datos están explicitados en la definición del indicador

Guía Metodológica:

Se requiere que esta indagación sea realizada a tres o más autoridades en la materia, los cuales pueden ser: autoridad sanitaria de alto nivel, experto en Recursos Humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana en su país y director de la Dirección de Recursos Humanos en Salud. Lo ideal es organizar un grupo focal para consensuar con ellos las respuestas. Colocar en nota de pie de página a quiénes se realizó la entrevista.
Con los resultados parciales de cada entrevistador, sumarlos y hacer un promedio simple de cada calificación lograda a partir de cada una de las entrevistas realizadas. Este promedio debe colocarse como una puntuación de las funciones estratégicas de la Dirección de Recursos Humanos.

Fuentes de datos:

Se recogen los datos por entrevista personal o un grupo focal con tres o más informantes claves de alto nivel del Ministerio de Salud Pública de cada país descritos en la nota aclaratoria de la página anterior.

Utilizar los ítems del 1 al 6 de la lista de chequeo para hacer las preguntas.

DESAFIO 2

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

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

Racionalidad de la Meta

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

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 propio concepto de urbano y rural. Lo substancial es que con este concepto de lo rural o de lo urbano compare el volumen de población viviendo en cada una de estas zonas y allí determine el número de recursos humanos en salud que existe en esta jurisdicción geográfica.

Indicadores propuestos

Porcentaje de recursos humanos trabajando en el área rural del país.

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 pagina utilizando la Meta #1)

_____

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 pagina usando la Meta #1)

Alternativamente, este indicador deberá ser expresado como:

Densidad de Recursos Humanos – (proporcionar un pie de pagina usando la Meta #1) para el grupo de unidades geográficas con la razón más baja

_____ __

Densidad de Recursos Humanos – (colocar un pie de pagina usando la Meta #1) para el conjunto de unidades geográficas con la razón más alta

Datos requeridos

Datos de población en cada país en la zona urbana y zona rural, para el año más actual disponible.
Datos profesionales sobre médicos, enfermeras y parteras para el mismo periodo de tiempo y utilizando las mismas unidades geográficas que fueron utilizadas para recabar los datos de la población.

Guía metodológica

1. Recabar información que refleje la distribución urbana-rural de la población de acuerdo con las definiciones de país.
2. Anotar cuál es la definición que en el país – el Instituto de Estadística y censos- utiliza para lo urbano y lo rural.
3. Determinar en las dos desagregaciones tanto la urbana como la rural, la densidad de profesionales de la salud por cada 10,000 habitantes que existen.
4. Personal de salud son los profesionales ya definidos en las metas 1 y 2 como tales (médicos, enfermeras y parteras u obstetricez profesionales).
5. No es importante la medida de urbano-rural per se, la diferencia entre urbano y rural encontrada es la *brecha* que existe entre los dos y éste es el indicador clave. Para ello se resta del total de personal de salud trabajando en el área urbana los que lo hacen en el área rural y se define la brecha.

Fuentes de datos

Institutos de Estadísticas y Censos
Ministerios de Salud
Estudios específicos de los Observatorios de Recursos Humanos

META 7

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

Racionalidad de la meta

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

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

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 para prevenir enfermedad y lesiones, conocimiento de la interacción de salud pública con los servicios de salud a nivel local, capacidad para utilizar evidencias en la toma de decisiones, políticas y desarrollo de programas y prácticas y capacidad de llevar a cabo investigaciones, así como planificar, monitorear y evaluar los procesos y los impactos.

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 proporciona cuidados de salud a grupos étnicos, lingüísticos, religiosos y socio-económicos diversos.

Indicador propuesto

Porcentaje de trabajadores primarios de la salud que tienen competencias de salud pública e interculturales

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

Una lista de competencias de salud pública y una lista de competencias interculturales del trabajador de atención primaria de la salud es necesaria para desarrollar este indicador, con la siguiente lista de chequeo:

Competencias de Salud Pública	**SI 1**	**NO 0**	**Parcialmente**
1. Habilidad para desarrollar estrategias de promoción de la salud			
2. Vigilancia de factores de riesgo y condiciones epidemiológicas			
3. Educación y tratamiento preventivo para prevenir enfermedad y lesiones			
4. Conocimiento de la interacción de salud pública con los servicios de salud a nivel local			
5. Capacidad para utilizar evidencias en la toma decisiones sanitarias, políticas, de gestión (planificación, ejecución y evaluación) y de desarrollo de programas y prácticas			
6. Capacidad de llevar a cabo investigaciones-			
7. Promover alianzas, colaboración y abogacía			
8. Capacidad de seguir y promocionar el bienestar y encarar las inequidades en el estado de salud			
9. Competencias de interculturalidad : Habilidades interactivas y de comunicación que reconocen y realzan las capacidades cognitivas, emotivas y de intercambio que deben ser tomadas en cuenta cuando se le proporciona			

cuidados de salud a grupos étnicos, lingüísticos, religiosos y socio-económicos diversos.			
TOTAL 9 = 100%	**/ 9**		

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
Número total de trabajadores de atención primaria de la salud con competencias de salud pública e interculturalidad

Guía metodológica

1. En vista de la ausencia actual de información sobre el tema, el equipo de expertos que elaboró esta guía propuso un listado de competencias de interculturalidad y de salud pública requeridas por los trabajadores de atención primaria de la salud y se colocaron medidas aproximadas para lograr construir un valor que señalara el estado de cumplimiento actual de la meta. En la medida que el propio desarrollo de los RHUS instaure sistemas de información que permitan generar datos sistemáticamente, se esperaría que se llegue a:
   1.1. Determinar el número total de trabajadores de atención primaria de salud con este nivel de formación.
   1.2. Describir si el curriculum universitario incluye estas áreas de formación.
   1.3. Los resultados de la evaluación de desempeño podrían definir si el entrenamiento en-servicio ha proporcionado este nivel de actualización para los trabajadores de atención primaria de salud.
   1.4. Cuantificar trabajadores de atención primaria de salud que están adquiriendo estas habilidades por medio de programas formales de educación y entrenamiento en servicio.
2. Los países definirán sus propios requisitos para las competencias de interculturalidad y enumerarán cambios relevantes que han sido implementados en la formación y a la vez, bajo estos criterios, podrán determinar cuáles trabajadores de atención primaria de la salud requieren este nivel de entrenamiento.
3. Medir posibles capacidades y competencias de atención primaria de la salud de acuerdo al curriculum de formación profesional, no por la evaluación del desempeño del trabajador.

Fuentes de datos

Es posible revisar los perfiles de desempeño o las descripciones de cargo del Ministerio de Salud para reclutar personal o para describir las actividades y funciones del personal del primer nivel de atención encargado de la atención primaria de salud. Revise y compare las competencias sugeridas con estas descripciones.

Indague a la autoridad de salud o al responsable de Recursos Humanos del Ministerio el número de trabajadores de APS que fue reclutado con este enfoque.

Averigüe si el Ministerio ha implementado un programa de educación en el trabajo para lograr que el personal obtenga estas competencias

Curriculum de los programas de formación

LA MEJOR VÍA PARA LOGRAR LA CONSTRUCCION DE ESTOS INDICADORES ES UNA INVESTIGACION ESPECIFICA QUE CONSIDERE LOS REQUISITOS ANTES ANOTADOS,
De lo contrario, un grupo focal con expertos y responsables de la formación y de la utilización del personal de salud en las instancias empleadoras puede dar una aproximación a la problemática.

META 8

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

Racionalidad de la meta

Además de brindar el primer punto de entrada a los sistemas de salud y proporcionar la función coordinadora para otros servicios de salud y comunitarios, la atención primaria de salud reconoce los determinantes más amplios de la salud. Esto incluye coordinar, integrar y expandir los sistemas de salud y servicios para mejorar la salud de la población, evitar la enfermedad y promover la salud. Fomenta el mejor uso de todos los proveedores de la salud, por medio de los enfoques que profundicen en la práctica, relaciones de trabajo cambiantes y posibilite nuevos roles dentro de equipos multi-disciplinarios, para maximizar el potencial de todos los recursos humanos.

Es importante que todos los miembros del equipo de atención primaria de salud tengan las habilidades apropiadas y trabajen en niveles de competencia dentro de

entornos multidisciplinarios para responder a las necesidades de las comunidades y los requisitos técnicos de los sistemas cambiantes de entrega de la salud.

Términos clave

Enfermera (Definido en Meta 1 y 2).
Auxiliares de Enfermería se refiere a esos trabajadores con menos de tres años de formación y quienes llevan a cabo sus funciones bajo la supervisión de una enfermera.
Técnicos de la Salud se refiere al staff de salud con formación de institutos técnicos que proporcionan servicios de diagnostico y terapia bajo la dirección del equipo de atención primaria de salud.
Trabajadores Comunitarios de la Salud – definido en Meta 3
Competencias de acuerdo a las "complejidades de su cargo" se refiere al creciente conjunto de habilidades y funciones amplias requeridas bajo el concepto amplio de salud pública y la entrega de servicios de atención primaria de salud.

Indicadores propuestos

Porcentaje de programas de educación en el trabajo para el grupo de trabajadores de la salud definidos en el indicador (enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de la salud y trabajadores de la salud comunitarios) dirigido a perfeccionar aptitudes y competencias de acuerdo a la complejidad de sus funciones actuales

Número de programas de educación en el trabajo y formación ofertado para este tipo de personal: enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de la salud y trabajadores de la salud comunitarios)
Número total de programas de educación en el trabajo y formación ofertado para todo tipo de personal

Número de personal (enfermeras, Aux. de enfermería, técnicos de salud y agentes Comunitarios) que asistió a programas de educación en el trabajo
Número total de personal (enfermeras, Aux. de enfermería, técnicos de salud y agentes
Comunitarios existentes)

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 formación, una encuesta podría ser llevada a cabo.

Fuentes de datos

Ministerio de Salud y/o Región de Salud: Dirección u Oficina de RHUS y/o oficina de Capacitación o Educación Permanente
Curriculum de Programas de Formación y En-Servicio
Personas registradas de programas de formación en-servicio
Entrevista a informantes claves
Encuesta al personal definido en la meta como población albo de la indagación

META 9

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

Racionalidad de la meta

Históricamente, el crecimiento en el número de profesionales de la salud se ha concentrado en las áreas urbanas, contribuyendo al continuo desequilibrio en la distribución geográfica de la fuerza de trabajo de la salud como fue mencionado en la Meta 6. La razón urbana de médico/población para algunos países de la Región es más de ocho veces mayor que el número de médicos en las áreas rurales. Muchos países han adoptado incentivos para atraer los profesionales de la salud a las áreas rurales, pero la mayoría solo han alcanzado logros modestos o de corto

plazo. Aunque salarios apropiados y entornos de trabajo estables y seguros son consideraciones claves para atraer a los trabajadores de la salud a las áreas rurales, colocar al individuo idóneo en el lugar apropiado parece ser igual de importante. Los trabajadores de la salud que son reclutados de sus propias comunidades tienen más posibilidades de volver y permanecer en sus comunidades para trabajar después de completar su entrenamiento que aquellos que son reclutados externamente. El reclutamiento local fomenta mucho más al equipo de atención primaria de salud al tener un individuo que ya posee las sensibilidades culturales requeridas y el conocimiento de redes comunitarias, contactos y necesidades.

Términos clave

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

Indicador propuesto

Mejor alternativa:

Porcentaje de trabajadores de salud cuyo lugar de práctica de atención primaria de salud es la misma ubicación geográfica de su comunidad de origen.

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

Datos requeridos

Lugar de nacimiento (pueblo/ciudad y país) de los trabajadores de atención primaria de salud

Lugar de empleo (pueblo/ciudad y país) de los trabajadores de atención primaria de salud

Guía metodológica

1. Relacione el lugar de nacimiento con el lugar de trabajo de los datos de censos más recientes para los trabajadores de atención primaria de salud. O

2. Relacione el lugar de nacimiento con el lugar de empleo de datos de registros profesionales. O
3. Relacione el lugar de nacimiento con el lugar de empleo de las aplicaciones de empleo de atención primaria de salud. O
4. Relacione el lugar de nacimiento con el lugar de empleo de registros de sindicatos.
5. Si la información anterior no está disponible de ninguna de las fuentes, una encuesta (de acuerdo a los recursos disponibles) quizás deba ser llevada a cabo de registros de empleados de empleadores de atención primaria de salud para determinar el lugar de nacimiento y si los profesionales de atención primaria de salud están trabajando en las comunidades donde nacieron.
6. Mientras "propias comunidades" puede ser interpretado ampliamente de acuerdo al lenguaje, etnicidad, factores religiosos y socio-económicos, esta medida se basa fundamentalmente en la ubicación geográfica de origen del trabajador de la salud

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

¿Existe un programa para seleccionar médicos o enfermeras para ejercer en sus propias comunidades? Si/No
Extensión de estos programa/s en el caso que existan.

Fuentes de datos

Registros de censos
Registros de aplicantes a escuelas profesionales
Registros profesionales
Datos sindicales
Registros de empleados del Ministerios de Salud/Regiones de Salud
Encuesta a una muestra de trabajadores de la salud

DESAFÍO 3:
Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población

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 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 las personas.

META 10

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

Racionalidad de la meta

En vista del déficit global que existe de trabajadores de la salud en el treinta por ciento de los países, se prevén incrementos substanciales en la demanda de los trabajadores de la salud previstas en los países más desarrollados en el futuro cercano. La migración cada vez más competitiva de trabajadores de la salud tendrá un impacto significativo en la fuerza de trabajo de los países de menores ingresos. La Organización Mundial de la Salud 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 adoptar códigos de conducta de compromiso sobre las prácticas éticas de reclutamiento para compensar a los países desde donde son reclutados los profesionales de la salud y comprometerlos a políticas oficiales de auto-suficiencia de la fuerza de trabajo a nivel del país.

En resumen, la adopción de un Código de Práctica llevarían a: i) apoyar el manejo global del tema; ii) reconocer los derechos de los individuos a la libre movilidad; iii) reconocer las necesidades de los países en vías de desarrollo; iv) excluir el reclutamiento activo de países de mayor necesidad y con las más grandes desventajas en lograrlo; v) establecer acuerdos de principios bilaterales entre las naciones identificadas; y, vi) actuar con consistencia con y en amplio apoyo de las metas amplias de los países en vías de desarrollo seleccionados.

Se visualiza que la emigración de los profesionales de la salud en las Américas es un serio problema para muchos de los países de la Región. Las inequidades en la producción de recursos humanos de salud no solo varían a través de la Región, sino que la brecha entre los países con altas y bajas densidades de trabajadores de la salud continúa creciendo. La adopción de un Código de Ética sobre el reclutamiento

internacional de trabajadores de la salud podría ser un importante primer paso para desarrollar políticas amplias, que colaboren en estabilizar y manejar la fuerza de trabajo de salud de la Región.

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 *"racionalidad de la meta.*

Un **Código Global de Práctica** se refiere a un acuerdo internacional sobre las formas y maneras de éticamente reclutar y manejar los trabajadores de la salud con formación. El Código se concentra en tres temas: proteger a los trabajadores migrantes de reclutadores y empleadores inescrupulosos; asegurar que los individuos estén adecuadamente preparados y apoyados por sus lugares de empleo; y asegurar que los flujos de los trabajadores de la salud migrantes no alteren innecesariamente los servicios de la salud de los países fuente.

Normas éticas se refieren a estándares formales para guiar 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 fuente, países destino, instituciones, agencias de reclutamiento y trabajadores de la salud migrantes.

Indicadores propuestos

Porcentaje de países que han adoptado un código global de práctica
Porcentaje de países que han establecido normas de ética para el reclutamiento internacional

País

Ha adoptado un código global de práctica. Si o No.
Ha establecido normas de ética para el reclutamiento internacional. Si o No.

Regional[1]

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

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

Datos requeridos

[1] Este porcentaje será calculado por OPS

El país ha adoptado un Código Global de Práctica del reclutamiento internacional de trabajadores de la salud. Si o No.

El país ha establecido normas éticas con respecto al reclutamiento internacional. Si o No.

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles de los siguientes aplican?:

- Limitar el reclutamiento de países con escasez clara de personal
- Paga algún tipo de compensación a los países fuente
- Entran en acuerdos bilaterales para manejar mejor los flujos de migrantes
- Apoya a los países fuente con estrategias para retener a sus trabajadores de la salud
- Respeta los derechos de los inmigrantes y asegura que existan leyes apropiadas para su protección.

Guía metodológica

1. Determine si en su país ha sido adoptado el Código de Práctica para el reclutamiento internacional ético de los trabajadores de la salud.
2. Enumere los acuerdos con otros países con respecto a los trabajadores de la salud inmigrantes.
3. Enumere las normas éticas o específicas del país relacionadas con el reclutamiento internacional.
4. Información adicional debe incluir:
   Una lista de las políticas especificas de país que buscan cumplir sus propias necesidades con respecto a los recursos humanos de salud.
   Una lista de las políticas para reducir la dependencia en trabajadores extranjeros.
   Indique la extensión en que esta siendo implementada la política.
5. Los países aplicarán su propia definición y desarrollarán sus propias necesidades de línea de base para los recursos humanos de salud.
6. Es importante notar que los países se beneficiarían de un identificador único y un sistema de monitoreo para tomar dato de los cambios a través del tiempo.

Fuentes de datos

Ministerio de Salud
Dirección de Relaciones Internacional del Ministerio de Salud
Ministerio de Relaciones Exteriores
Oficina de OPS en el país

<u>META 11</u>

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

Racionalidad de la meta

Generalmente se ha convenido que cualquier estrategia a largo-plazo para la sostenibilidad de recursos humanos requiere de una gran inversión en la *auto-suficiencia* nacional de recursos humanos para la salud para los países subdesarrollados (fuente) y países desarrollados (destino).

Los países subdesarrollados necesitarán trabajar – con el apoyo de políticas públicas y de otras naciones – en reducir los factores de *expulsión* con respecto a la emigración de los trabajadores de la salud, mientras los países desarrollados necesitaran reducir los incentivos e incrementar las barreras para disminuir los factores de *atracción* para los trabajadores de la salud migrantes. Un compromiso para ser más auto-suficiente requiere que los países desarrollados entrenen y retengan más profesionales de la salud de acuerdo con 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 países. La auto-suficiencia como la política de primera respuesta de la planificación de recursos humanos de la salud, sin embargo, 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

Auto-suficiencia en recursos humanos de la salud enfatiza la inversión estratégica en el desarrollo de infraestructura del 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:

- Los países fuente reducen los factores de *expulsión* con respecto a la emigración de los trabajadores de la salud por medio de: i) identificar las razones políticas, económicas, sociales y profesionales detrás de su decisión de emigrar; ii) reestructurar los programas de formación para reflejar el conocimiento, habilidades y actitudes que son más apropiadas para apoyar el desarrollo nacional; iii) 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; iv) invertir en mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud; y, vi) entrar en acuerdos bilaterales con los países destino para controlar el flujo y derivar algún tipo de compensación por la pérdida de profesionales de la salud.

- Los países destino toman más responsabilidad en reducir los factores de atracción y asistir a los países subdesarrollados por: i) desarrollar un Código de Conducta del país para el reclutamiento ético; ii) llevar a cabo acciones unilaterales para limitar el reclutamiento de países con claras deficiencias de personal; iii) proporcionar visas no-extendibles, especialmente dirigidas a la adquisición de habilidades para el beneficio del país fuente; iv) pagar algún tipo de compensación a los países fuente por medio de acuerdos bilaterales; v) implementar políticas que faciliten el regreso de profesionales en el país huésped después de un periodo de estadía en sus países de origen; y, vi) llegar a un compromiso genuino de ser más auto-suficientes en la formación y retención de más profesionales de la salud con especial énfasis en llegar a requisitos rurales por medio de incentivos apropiados.
- 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 propuesto

Porcentaje de países con una política de autosuficiencia de Rhus

País

Existe una política de auto-suficiencia de recursos humanos. Si o No.

Regional[2]

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

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

Datos requeridos/ Guía metodológica

[2] Este porcentaje será calculado por OPS

1. Determine si existe una política actual nacional que explícitamente se enfoca en lograr la auto-suficiencia. SI = 40
2. Determine si la política incluye producir y retener suficientes trabajadores de salud para dar respuesta a las demandas del país. SI: 10
3. Determine si la política incluye el reclutamiento específico de trabajadores extranjeros para dar respuesta a necesidades de entrega de servicios de salud locales. SI: 10
4. Determine si la política está ligada a un Código de Práctica de país o internacional con respecto al reclutamiento de trabajadores de la salud internacionales. SI: 10
5. Determine 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. SI: 10
6. Determine qué pasos deben ser tomados para obtener mejores medidas de la emigración e inmigración de la fuerza de trabajo de salud. SI: 10
7. Indique qué herramientas tiene para medir las necesidades de la fuerza de trabajo de la salud a nivel de país. Identifique los planes para hacer estimaciones de los requisitos actuales y futuros de los trabajadores de la salud. Si: 10

TOTAL: 100/100

Fuentes de datos

Ministerio de Salud y Regiones de Salud: Informante clave.

Organismos Profesionales de Registro (licenciamiento): Segundo Informante Clave
Autoridades de Inmigración o Subsecretarias o Ministerios de Migración así como Cancillerías (Ministerios de Relaciones Exteriores)

<u>META 12</u>

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 más acelerado de credenciales extranjeras y experiencia de trabajo previa y facilitar la asimilación de trabajadores de la salud inmigrantes a la fuerza de trabajo. Este enfoque puede fortalecer la capacidad de los recursos humanos para entregar servicios de salud al asegurar que los trabajadores migrantes sean aceptados a la fuerza de trabajo tan pronto como sea posible y al permitirles trabajar a sus mayores niveles de competencia. Un enfoque estandarizado que apoya el reconocimiento de credenciales extranjeras ayuda a estabilizar la fuerza de trabajo al mejorar el despliegue y retención a largo plazo de los trabajadores de salud inmigrantes.

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

Porcentaje de países con mecanismos formales de reconocimiento de profesionales capacitados en el extranjero.

País

El país tiene un mecanismo formal para el reconocimiento de profesionales capacitados en el extranjero. Si o No.

SI: 100% DE CUMPLIMIENTO DE META
NO: 0%

Regional[3]

Número total de países en la Región con mecanismos para el reconocimiento de las credenciales de los profesionales de la salud capacitados en el extranjero.
Número total de países en la Región
X 100

[3] Este porcentaje será calculado por OPS

Datos requeridos

Determine si el país tiene mecanismos para reconocer a los profesionales capacitados en el extranjero.

Proporcione una lista de los actuales estándares y mecanismos para facilitar el reconocimiento de profesionales capacitados en el extranjero.

Enumere provisiones en los pactos subregionales (NAFTA, CARICOM, etc.) que tienen acuerdos especiales para facilitar el intercambio de profesionales de la salud.

Guía metodológica

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

Fuentes de datos

Comisión Nacional de Acreditación
Agencias Subregionales para Acreditación/Certificación
Acuerdos Subregionales (NAFTA-MERCOSUR-CARICOM-COMUNIDAD ANDINA) que especifican condiciones para el transito de profesionales entre los Estados Miembros
Ministerio de Salud
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 habrá reducido a la mitad en todos los países.

Racionalidad de la meta

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

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

Términos clave

Empleo precario y sin protección para los proveedores de la salud difiere de país en país, pero para fines de este indicador, se considera como tal a aquel que no incluye como mínimo seguro de salud, pensiones y licencia por enfermedad/embarazo.

Indicador propuesto

Porcentaje de puestos de empleo de atención de salud que son precarios y/o sin protección social

El número total de puestos de empleo atención de salud en el país que son precarios y/o sin protección social

---

El número total de puestos de empleos de salud en el país

Datos requeridos

Número total de puestos de empleo en el sector de la salud en el país.
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, licencia/vacaciones por embarazo, pagos por invalidez, cobertura de invalidez, condiciones seguras de trabajo, externalizacion 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. Los 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. La encuesta nacional de empleo generada por los institutos de Estadísticas y Censos es la mejor fuente para captar la información.
6. Coloque en nota de pie de página qué beneficios cubre la seguridad social en su país.

Fuentes de datos

Instituto de Estadísticas y Censos: Encuestas anuales de empleo.
Estadísticas de Seguridad Social del país

Estadísticas de administración publica
Ministerio de Salud y Regiones de Salud.
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 las reducir enfermedades y accidentes ocupacionales.

Racionalidad de la meta

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

Términos clave

Políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud incluyen cualquier medida proporcionada 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

Porcentaje de trabajadores en el sector salud cubiertos por medidas de salud y seguridad

País

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

Región

Número total de países en la Región con políticas de salud y seguridad

Número total de países en la Región

Datos requeridos
Para construir el indicador, realice la siguiente lista de chequeo:

Aspectos a indagar	SI 10	NO	En proceso
1. El Ministerio de Salud tiene una política nacional de salud y seguridad			
2. La política cubre: equipo actualizado y reparado			
3. Ambientes sanos sin riesgos			
4. Áreas de trabajo estructuralmente seguras			
5. Entrenamiento en seguridad			
6. Provisión de servicios de salud y seguros de salud			
Total : 60/60 es 100% meta	60		

Guía metodológica

1. Indagar en el Ministerio de Salud con ayuda de la lista de chequeo. O de lo contrario realizar un grupo focal con informantes claves tanto de empleadores como empleados para consensuar dicha lista de chequeo.
2. SI LE ES POSIBLE, DISEÑE Y APLIQUE una encuesta a los empleadores y empleados para ver si las políticas se han implementado.
3. Equipos de investigación individuales de país pueden definir el alcance de los programas de salud y seguridad.
4. Una muestra de empleados claves 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

Ministerio de Salud, Dirección de RHUS y/ o Departamento de Salud e Higiene Industrial
Regiones de Salud
Sindicatos
Legislación de trabajo

Departamento de riesgos del trabajo de la Seguridad Social o del Ministerio del 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 (Diplomados, cursos de especialización, maestrías o doctorados) sea universitaria o en servicios que acredite esta profesionalización. Profesionalizar no es sinónimo de título universitario sino que también se lo entiende como entrenamiento en servicio

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 las de carácter ético, Los requisitos 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.

$$\frac{\text{No. de gerentes con cursos de gerencia en salud}}{\text{Total de gerentes dirigiendo unidades y programas de salud}} X100$$

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 que existen requerimientos:

Datos requeridos si no hay información:
Para construir el indicador, realice la siguiente lista de chequeo:

Aspectos a indagar	SI	NO	En proceso
1. ¿Existen o no los requerimientos de certificación en gerencia para quienes dirigen servicios y programas de salud? / 4			
2. ¿Tienen registros del volumen de personal con estas especificaciones de capacitación?/2			
3. ¿El estado tiene programas permanentes de capacitación en gerencia para el personal directivo? / 4			
TOTAL 10/10 100% META	10		

Guía metodológica:

1. Se considera gerentes que están trabajando.
2. En caso de no encontrar información y optar por la entrevista a informantes claves, SE SUGIERE ARMAR UN GRUPO FOCAL CON (1) autoridades sanitarias 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 o a funcionarios de esta instancia. Colocar en nota de pie de página a quiénes 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

1. 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.

<u>META 16</u>

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

Racionalidad de la meta

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

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
Porcentaje de países que cuentan con mecanismos formales para resolver conflictos laborales

Porcentaje de países con legislación de servicios esenciales

País

Actualmente existe legislación que evite la suspensión de servicios esenciales de salud- Si o No.

Actualmente existen mecanismos formales de negociación – Si o No.

Regional

Número total de países en la Región con mecanismos formales para resolver conflictos laborales

Número total de países en la Región X 100

Número total de países en la Región con legislación de servicios esenciales

Número total de países en la Región X 100

Datos requeridos

Para construir el indicador, realice la siguiente lista de chequeo:
PAIS

Aspectos a indagar	SI 50	NO	En proceso
1. ¿En el país existe legislación que penaliza la suspensión de actividades del personal de salud en los servicios esenciales de salud?			
2. En el país existen mecanismos formales de negociación para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de conflictos laborales			
TOTAL: 100/ 100% cumplimiento de meta			

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. Identifique la legislación que existe para garantizar la entrega de servicios esenciales.
2. Enumere los mecanismos formales de negociación que estén en práctica para evitar una posible paralización del servicio de salud

3. En el caso que existan los mecanismos, proporcionar una definición y enumerar los servicios esenciales a ser proporcionados.
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
Representantes de los Sindicatos

DESAFIO 5
CREAR MECANISMOS DE COOPERACIÓN ENTRE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y DE SERVICIOS DE SALUD PARA PRODUCIR PROFESIONALES SANITARIOS SENSIBLES A LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD Y CALIFICADOS

META 17

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

Racionalidad de la meta

Esta meta se inserta en el concepto renovado de atención primaria que busca fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades sociales. Por tanto, parte del concepto de salud como derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud. El desarrollo pleno de la APS requiere prestar especial atención al papel que en este cambio y reafirmación de paradigmas juegan los recursos humanos en salud[4] . 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, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena

[4] OPS. *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas.* OPS-OMS,2007)

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:

Porcentaje de Universidades que han Integrado en el currículo de contenidos de APS

Porcentaje de Universidades que han Integrado en el currículo de prácticas en APS

Porcentaje de Universidades que tienen estrategias de formación interprofesional en las escuelas de ciencias de la salud

Porcentaje de Universidades que tienen 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	SI	NO
1. La escuela de Ciencias de la Salud centra la formación de los profesionales en el modelo biomédico[6]*: Médicos…… Enfermeras…….. Obstetrices…….. Otros, especifique……..	 ….. ….. ….. …..	 …… …….. ……. …….
Incluyen contenidos de APS en el currículo**		

[5] Ibíd., p. 4
[6] 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.

Cambiaron el modelo curricular y lo reorientaron hacia APS***		
Tienen estrategias de formación interprofesional***		
Existencia de soporte financiero para la formación interprofesional***		
TOTAL	**/ 13**	
TOTAL: 13/13= 100% META		

***Califique con un punto si es NO** y con 0 cuando es SI
** En este caso califique con 1 punto cuando es SI
***Ponga 3 puntos cuando es SI

Fuentes de datos:

1. Si en su país es factible recoger información de todas las universidades, se recomienda hacerlo, de lo contrario, realice una muestra intencionada de universidades.
2. 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.
3. Realice una entrevista con los máximos directivos para poder recabar la información solicitada o si le es posible un grupo focal .

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 sub atendidas, 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:

1. Porcentaje de universidades con programas específicos para estudiantes de poblaciones subatendidas.

2. 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

Datos requeridos:
Número de universidades con programas específicos para estudiantes de poblaciones subatendidas.

Número de programas específicos de formación para estudiantes de poblaciones subatendidas.

Si no es posible conseguir estos datos, en un grupo focal o en entrevistas a rectores de las más importantes Universidades indagar:

Aspectos a indagar	**SI 100**	**NO 0**	**En proceso**
¿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?			
¿Qué número y porcentaje de los programas son dirigidos a captar estudiantes que provienen de poblaciones indígenas, o que tienen escasos recursos o que viven en distancias geográficas inaccesibles[7].			

1. Tomar una muestra intencionada, seleccionando las mismas descritas en la meta 17, y que sean las tres o cuatro Universidades Públicas que tengan las Facultades de Ciencias Médicas (o Ciencias de la Salud) 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 o realice un grupo focal

Fuentes de datos

Archivos de las Universidades más importantes del país.
Informantes claves, directivos de dichas Universidades

[7] Se podría 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

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, repiten y/o 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 y de enfermería que abandonan la carrera

Fórmula:

$$\frac{\text{No. de estudiantes de medicina que ingresaron en el año t Menos (-) No de estudiantes de medicina que egresaron en el año T}}{\text{TOTAL DE INGRESOS}} \times 100$$

$$\frac{\text{No. de estudiantes de enfermería que ingresaron en el año t Menos (-) No de estudiantes de enfermería que egresaron en el año T}}{\text{TOTAL DE INGRESOS}} \times 100$$

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

Adicionales: serie de tiempo.

No. de estudiantes de medicina que ingresaron en el año 1998, 1999, 2000
Menos (-) No de estudiantes de medicina que egresaron en cada uno de los años
X 100
TOTAL DE INGRESOS

No. de estudiantes de enfermería que ingresaron en el año 1998,1999, 2000
Menos (-) No de estudiantes de enfermería que egresaron en el año T
x 100
TOTAL DE INGRESOS

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 3 o 4 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 pre- establecido, 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 (o Ciencias de la Salud) acreditadas
Porcentaje de Escuelas de Salud Pública acreditadas

Número de Facultades y/o Escuelas de Ciencias Médicas (Ciencias de la Salud), y de Salud Pública en proceso de acreditación

$$\frac{\text{No. de Facultades y/o Escuelas de Ciencias de las Salud acreditadas X 100}}{\text{No. total de Facultades y/o Escuelas de Ciencias de las Salud}}$$

$$\frac{\text{No. de Escuelas de Salud Pública acreditadas X 100}}{\text{No. total de Escuelas de Salud Públicas de Ciencias de las Salud}}$$

Datos requeridos:

Existencia de instancia acreditadora de la educación de Ciencias Médicas (Ciencias de la Salud) 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 claves para las entrevistas a informantes clave son:

¿Tiene su país una instancia de acreditación de la educación de pre y post grado?

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