

Análisis de la gestión de recursos humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural de los países andinos

Analysis of human resources management in family health, community and intercultural models in Andean countries

Verónica Bustos¹, Gloria Villarroel², Francisco Ariza³, Michèle Guillou⁴, Iván Palacios⁵, Lily Cortez⁶, Ricardo Cañizares⁷, Manuel Núñez⁸, Lizardo Huamán⁹

¹Asesora en Recursos Humanos de Salud, Consultora del Estudio.

²Jefa Nacional de la Unidad de Recursos Humanos - Ministerio de Salud de Bolivia.

³Coordinador del Grupo de Formación del Talento Humano en Salud – Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

⁴Departamento de Estudios y Planificación de Recursos Humanos - Ministerio de Salud de Chile.

⁵Ex Director Nacional de Normatización de Talento Humano - Ministerio de Salud Pública de Ecuador.

⁶Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos – Ministerio de Salud del Perú.

⁷Secretario Adjunto del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue.

⁸Director de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos – Ministerio de Salud del Perú.

⁹Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos – Ministerio de Salud del Perú.

Resumen

Introducción: Junto con destacar la importancia de contar con trabajadores sanitarios en cantidad y calidad suficientes, los Estados miembros del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS/CONHU), han impulsado iniciativas orientadas a generar y diseminar conocimiento sobre políticas, estrategias y modelos de gestión de recursos humanos. **Objetivo:** Analizar el componente de Gestión de Recursos Humanos de Salud, identificando los modelos aplicados y su contribución a la instalación de un sistema de salud basado en atención primaria. **Diseño:** Estudio cualitativo. **Lugar:** Ministerios de Salud de los países andinos. **Participantes:** Gestores de Recursos Humanos. **Intervenciones:** Diseño y aplicación de instrumento para el análisis cualitativo. **Resultados:** Los países han logrado avances en el desarrollo de los sistemas de gestión de recursos humanos de salud, reconociéndose que los problemas persistentes son la escasez e inadecuada distribución del personal, así como, perfiles profesionales de egreso que no se ajustan plenamente a las necesidades de salud derivadas del cambio epidemiológico y de un creciente compromiso por avanzar hacia el acceso y cobertura universales de salud. **Conclusiones:** Estrategias innovadoras de planificación, formación y gestión del desempeño, podrían contribuir a enfrentar los problemas de recursos humanos de salud, en un contexto adecuado de liderazgo y gobernanza.

Palabras Clave: Gestión de recursos, Recursos Humanos de Salud.

Abstract

Introduction: While stressing the importance of health workers in sufficient quantity and quality, the member states of the Andean Health Organization - Hipólito Unanue Agreement (ORAS / CONHU) have launched initiatives aimed at generating and disseminating knowledge on policies, strategies and models of human resource management. **Objective:** To analyze the component of Human Resources for Health Management, identifying models used and their contribution to the set up of a health system based on primary care. **Design:** Qualitative study. **Location:** Ministries of Health of the Andean countries. **Participants:** Managers of Human Resources. **Interventions:** Design and implementation of a tool for qualitative analysis. **Results:** Countries have made progress in developing systems for managing human resources for health. They acknowledge that persistent problems include staff shortage and maldistribution, as well as professional graduate profiles not fully meeting population health needs derived from epidemiological change and a growing commitment to universal health coverage. **Conclusions:** Innovative strategies for planning, training and performance management could help to address the problems of human resources for health in a proper context of leadership and governance.

Keywords: Management, Human Resources for Health.

An Fac Med. 2015;76:49-55 / doi:10.15381/anales.v76i1.10971

INTRODUCCIÓN

En el marco del mandato y prioridades establecidas por los Estados Miembros, el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS/CONHU) formula y aprueba el Plan Estratégico 2013 – 2017 ⁽¹⁾, que incorpora en su objetivo N° 4, el desafío de “Establecer políticas para el desarrollo y gestión

integral de recursos humanos en salud. Con este objetivo, se busca disminuir las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión que prevalecen en los países de la subregión y mejorar la salud colectiva a través del fortalecimiento de las políticas y planes de desarrollo de Recursos Humanos en los países de la subregión”, planteándose como visión

que “para el año 2015, en la subregión andina, se habrá contribuido a conocer, analizar y subsanar las restricciones actualmente existentes en materia de recursos humanos en salud” ⁽¹⁾.

Tal como señala la Organización Mundial de la Salud ⁽²⁾, la urgencia de avanzar en este propósito radica, entre otros aspectos, en que importantes pro-

porciones de la población carecen de acceso permanente a servicios básicos de salud y también en la necesidad de modificar el contenido de las acciones de salud, enfatizando las estrategias de promoción y prevención, a objeto de enfrentar los problemas derivados del cambio epidemiológico y demográfico que experimentan los países de la región.

Existe un amplio consenso respecto a que, para enfrentar estos desafíos, es necesario fortalecer los sistemas de salud basados en Atención Primaria, contexto en el cual la disponibilidad de personal sanitario es un factor crítico, no solo para realizar las acciones de salud donde estas son requeridas, sino también, para liderar el proceso de cambio que permita la instalación plena del modelo de atención.

Continuando con el esfuerzo mencionado y en el contexto de las resoluciones aprobadas por los Ministros de Salud, los Estados Miembros de ORAS/CONHU, con el patrocinio y financiamiento de la Corporación Andina de Fomento – Cooperación Italiana (CAF), decidieron realizar un estudio cuyo objetivo fue analizar la gestión del componente de recursos humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos. Se busca, específicamente, identificar qué modelos y estrategias de gestión de recursos humanos están aplicando los países e identificar, a partir de la información obtenida, así como de una revisión bibliográfica sobre tendencias y experiencias prácticas, un marco normativo sobre la gestión de recursos humanos de salud para atención primaria, entendida esta como un sistema integrado que, dotado de recursos adecuados, es capaz de ejercer gobernanza y rectoría en torno a una visión clara y cohesionadora. El sistema se organiza en coherencia con las necesidades del modelo de atención, aplica sistemas de planificación para anticiparse y resolver las necesidades de personal sanitario, gestiona el desempeño del talento humano de salud, y logra su máximo aporte en un entorno laboral seguro,

productivo y satisfactorio para todos sus miembros.

El presente artículo sintetiza los principales hallazgos y conclusiones del estudio y pretende llamar la atención sobre las posibilidades de desarrollo de nuevas estrategias que podrían contribuir a enfrentar los problemas de gestión de recursos humanos de salud más frecuentes en la región, abriendo espacios para el análisis y discusión, especialmente por parte de los diferentes actores del campo de recursos humanos de salud, quienes, a partir de sus respectivas visiones e intereses, podrán contribuir enriqueciendo los planteamientos aquí contenidos.

MÉTODOS

La Gestión de Recursos Humanos de Salud, se analizó prioritariamente desde tres perspectivas: a partir de la visión planteada por Rovere ⁽³⁾ según las interacciones con el mercado de la educación y del trabajo; como un proceso orientado según las fases del ciclo de vida laboral del personal sanitario ⁽⁴⁾; y a partir de los componentes o subsistemas que incluye el Sistema de Gestión de Recursos Humanos ⁽⁵⁾.

Por su parte, los aspectos constitutivos y las características del Modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural se analizaron a partir de la visión sobre Atención Primaria de Salud planteada por OMS/OPS, en el documento de posición “Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas” ⁽⁶⁾.

En base a estos elementos y a la experiencia de los gestores de recursos humanos participantes del estudio realizado a finales de 2013 e inicios de 2014, se diseñó una metodología ad hoc para analizar, en forma integrada, la Gestión de Recursos Humanos de Salud y las características de los Sistemas de Salud basados en Atención Primaria, priorizándose los ámbitos y atributos de la gestión de recursos humanos contenidos en la tabla 1, respecto de los cuales los países hicieron una autoevaluación

en torno a cuatro posibles estados de desarrollo, desde desarrollo nulo a desarrollo consolidado, aportando información cualitativa pertinente que respaldara sus respectivas opciones.

RESULTADOS

Los países andinos han logrado, en distintos niveles y ámbitos, una implementación parcial del modelo de atención basado en Atención Primaria. Por consiguiente, la Gestión de Recursos Humanos también está en una fase de transición hacia modelos coherentes con las exigencias de un sistema que busca consolidar una organización en base a redes integradas de servicios de salud. En este contexto fue posible identificar la presencia de los siguientes problemas prioritarios:

- Brecha cualitativa de recursos humanos, especialmente respecto del conocimiento del modelo de atención y del enfoque de interculturalidad, aspecto que se transforma en una barrera de acceso para parte importante de la población originaria de la región andina.
- Insuficiente disponibilidad de personal de enfermería, quienes al igual que los otros integrantes del equipo de salud, evidencian brechas de conocimientos respecto del modelo de atención.
- Distribución inequitativa del personal, con alta concentración en las zonas urbanas de mayor desarrollo económico, social y cultural, generando problemas críticos de retención en zonas rurales, marginales o aisladas y brechas significativas en zonas de mayor vulnerabilidad social.
- Escaso desarrollo de sistemas de carrera sanitaria o desconocimiento de las características que estos sistemas debieran tener en un contexto de organización basado en sistemas integrados de servicios de salud.
- Presencia de condiciones laborales inadecuadas (inestabilidad, multitiempo, inseguridad y riesgos labo-

Tabla 1. Ámbitos y atributos de la gestión de recursos humanos de salud priorizados para el estudio cualitativo.

Ámbitos de la gestión de recursos humanos de salud (RHS)	Atributos de la gestión de recursos humanos en un sistema de salud basado en atención primaria de salud (APS)
Gobernanza	<ol style="list-style-type: none"> 1. Políticas de RHS institucionalizadas, con visión de red integrada de servicios de salud 2. Capacidad de rectoría sobre las instituciones que integran la red asistencial, los procesos de gestión de RHS y las instituciones de formación de RHS 3. Mecanismos de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS, ajustando, en base a los resultados obtenidos, las políticas y/o procesos de gestión de RHS
Planificación	<ol style="list-style-type: none"> 4. Sistemas de información integrados que consideran todos los niveles de atención (primario, secundario y terciario), un conjunto de datos básicos de RHS disponibles y un registro nacional de profesionales de la salud 5. Sistemas de gestión del conocimiento, que permiten utilizar y compartir tendencias, información e indicadores de RHUS con otros actores del campo, generando conocimiento y evidencias útiles para mejorar los procesos de planificación y de gestión del talento humano en salud 6. Sistemas integrales e integrados de proyección de RHS que consideran las necesidades de la red asistencial según los territorios y poblaciones definidas, la organización de servicios existente y su capacidad instalada 7. Estrategias de gestión de dotaciones que privilegian la creación y provisión de cargos en el nivel primario de salud, asignando el presupuesto necesario y los cargos requeridos, incorporando criterios locales de gestión 8. Procesos de Planificación de RHS institucionalizados, integrados y de alcance nacional que incorporan todos los niveles de atención y profesiones de la salud y consideran criterios de adecuación local (territorial y cultural)
Formación	<ol style="list-style-type: none"> 9. Mecanismos institucionalizados y regulares de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación adecuado a las necesidades de salud que considera criterios nacionales y locales, así como las posibilidades de empleabilidad existentes en la red asistencial 10. Definición de perfiles de competencias coherentes con el enfoque de salud familiar, comunitaria e interculturalidad 11. Formación de pregrado cuyos diseños curriculares incluyen contenidos y prácticas que motivan el interés de los futuros profesionales por el desempeño en la Atención Primaria 12. Formación en medicina y salud familiar a través de programas institucionalizados 13. Mecanismos de acreditación de carreras de la salud que contemplan dimensiones referidas al modelo de atención y su orientación hacia la APS con enfoque de salud familiar, comunitaria e intercultural 14. Disponibilidad de espacios docentes en los establecimientos de atención primaria y campos comunitarios de aprendizaje dotados de recursos para el aprendizaje
Gestión del empleo	<ol style="list-style-type: none"> 15. Sistemas de reclutamiento y selección técnicos y transparentes que privilegian la presencia de competencias en APS 16. Mecanismos de retención de RHS integrados que consideran las posibilidades de la red en su conjunto y pone énfasis en las zonas rurales, marginales o de difícil acceso
Gestión del desempeño	<ol style="list-style-type: none"> 17. Definición de la composición de los equipos básicos de salud, así como las modalidades de coordinación y complementariedad del trabajo entre sus integrantes 18. Estrategias de educación continua con énfasis en APS y privilegio de los equipos con desempeño en sectores rurales, aislados o de difícil acceso 19. Sistema de incentivos que considera los diferentes componentes de la red asistencial con énfasis en el nivel primario de salud y mecanismos de flexibilidad para incorporar criterios locales para su definición y asignación 20. Sistemas de carrera sanitaria o trabajo decente (según corresponda) orientada hacia la APS
Desarrollo institucional y organizacional	<ol style="list-style-type: none"> 21. Estructura integrada de Gestión de RHS coherente con la organización de la red asistencial, con una dirección de nivel nacional que establece políticas y orientaciones estratégicas dotada de capacidad de articulación, supervisión y control de todos los niveles de gestión de la red 22. Mecanismos de evaluación de la satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención que permitan conocer la percepción de satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención

rales), que afectan la calidad de vida laboral y personal de los trabajadores del sector salud.

- Procesos de descentralización implementados sin el debido traspaso de competencias, capacidades y recursos a los niveles locales, generando

un debilitamiento de la Gestión de Recursos Humanos e impactando negativamente la capacidad de rectoría del sistema.

- Procesos de formación y esquemas de incentivos que privilegian visiones centradas en aspectos biomédicos,

reforzando las opciones de los profesionales hacia especialidades médico/quirúrgicas, por sobre perfiles generalistas y de salud familiar.

Las principales iniciativas que los países están aplicando para hacer frente a los problemas descritos son:

- **Reposicionamiento de políticas y estrategias orientadas a fortalecer la capacidad de rectoría sectorial y de planificación sanitaria** (“Plan Sectorial de Salud: Hacia la Salud Universal” de Bolivia; “El Plan Nacional de Desarrollo” y el “Plan del Buen Vivir”, de Ecuador; “La Estrategia Nacional de Salud” de Chile; los proyectos de ley sobre reforma sectorial en Colombia, denominados “Ley Ordinaria y Ley Estatutaria” y, el “Plan Nacional Concertado de Salud” de Perú) ⁽⁷⁻¹¹⁾.
- **Formalización del modelo de atención.** Los planteamientos contenidos, incorporan definiciones explícitas sobre la organización del sistema sanitario en redes integradas de servicios de salud, basados en los principios y valores de Atención Primaria ⁽¹⁻¹¹⁾.
- **Fortalecimiento de la Rectoría en Recursos Humanos de Salud**, a través de la definición y formalización de políticas ^(2, 12-14), normas y procedimientos, coherentes con las definiciones contenidas en el modelo de atención, siendo necesario consolidar los mecanismos y estrategias de gobernanza del Sistema de Recursos Humanos de Salud, mediante por ejemplo, la generación de alianzas con la sociedad civil y la inclusión de otras categorías de profesionales y técnicos de la salud más allá del personal médico ⁽¹²⁻¹⁴⁾.
- **Desarrollo de Sistemas de Planificación de Recursos Humanos de Salud**, cuyo énfasis es la determinación, con respaldo técnico (indicadores, tasas, estándares), de las necesidades de personal en el sistema de salud. Un aspecto crítico en esta línea es la disponibilidad de información confiable y oportuna, siendo un desafío vigente la implementación de sistemas integrados de información que permitan contar una visión panorámica del personal sanitario a escala nacional.
- **Desarrollo de Estrategias de Formación de Recursos Humanos de Salud** orientadas a ajustar la forma-

ción (cantidad y perfiles de los egresados), según las necesidades de salud y de acuerdo con los postulados del modelo. Al respecto, es posible observar:

- a. Definición del equipo multidisciplinario de salud como unidad básica del sistema sanitario. Su composición y roles varía entre países, sin embargo, su constitución representa uno de los objetivos centrales de la Gestión de Recursos Humanos de Salud.
 - b. Desarrollo de programas que promueven la formación en medicina y salud familiar.
 - c. Licenciamiento de centros de salud de atención primaria, como centros docentes acreditados.
- Diseño y aplicación de **sistemas de incentivos** centrados preferentemente en aquellos de carácter económico. Han sido menos explorados los de carácter no económico, por ejemplo, los orientados a mejorar los niveles de autonomía profesional, la supervisión eficaz, el reconocimiento, el sentido de pertenencia, entre otros.

DISCUSIÓN

La mayoría de las medidas aplicadas por los países están en el ámbito de la formación y generación de mejores condiciones de trabajo, cuya implementación requiere de ciclos significativos de tiempo y de importantes recursos económicos no siempre disponibles. Lo anterior, estimula la búsqueda de nuevas estrategias de autosuficiencia de personal, algunas de las cuales ya están siendo aplicadas en la Región de las Américas, por ejemplo por el Ministerio de Salud de Canadá ⁽¹⁵⁾, y cuya implementación permite aumentar la cobertura de servicios de salud, manteniendo e incluso mejorando los niveles de calidad logrados.

Recomendaciones en este mismo sentido han sido formuladas por el

Comité de Salud de la OCDE ⁽¹⁶⁾, por ejemplo, en el plano de la flexibilización de la regulación del ejercicio profesional, estrategias que buscan expandir las posibilidades a partir del establecimiento de nuevos roles y mecanismos de complementariedad, supervisión y apoyo, en el marco de equipos multidisciplinarios de salud. Lo anterior permite, junto con utilizar plenamente las capacidades del personal de salud según su nivel de formación, ubicar las prestaciones de salud en el punto más apropiado de la red asistencial. Adicionalmente, esta estrategia conlleva beneficios en el plano de la motivación y satisfacción laboral, al propiciar un ambiente favorable para que las personas desplieguen sus máximas capacidades. Especialmente, el personal médico y de enfermería podrían delegar responsabilidades accesorias, asumiendo roles de supervisión que potencian el desarrollo de capacidades de liderazgo técnico y conducción de equipos de trabajo.

Estas medidas requieren de un importante ejercicio de gobernanza orientado a anticipar potenciales conflictos con grupos de interés que podrían sentirse afectados. El desarrollo de programas de gestión del cambio apoyados por la aplicación de metodologías de Educación Permanente en Salud, la incorporación de personal sanitario de nivel técnico y el uso de tecnologías como la telemedicina, también constituyen elementos facilitadores para lograr el propósito señalado.

Otra estrategia de autosuficiencia son los programas modulares de formación en medicina y salud familiar para el personal en ejercicio, los que junto con permitir una mejor comprensión y funcionamiento del modelo de atención, reduce los tiempos requeridos para recibir los beneficios de la formación. Adicionalmente, si estos programas son desarrollados en los propios centros de salud, permiten mantener la continuidad de la atención, priorizar la solución de los problemas de la comunidad en que se sitúa el centro de salud y vincularse con la red asistencial de derivación correspondiente.

Tabla 2. Gestión de Recursos Humanos de Salud para Sistemas de Salud Basados en APS: propuesta de elementos distintivos.

Ámbito de la Gestión de RHS en Red	Elementos distintivos de la gestión de RHS
Gobernanza	<ul style="list-style-type: none"> • El Sistema de Gobernanza de Recursos Humanos es único y está situado al lado del sistema de gobernanza de la red integrada de servicios de salud. Sus funciones son diseñar, negociar e implementar políticas, normas y procedimientos que abarcan a todo el sistema de salud • El Sistema de Gobernanza posee capacidad de influir en las opiniones y decisiones de los actores del campo y conseguir establecer los 'arreglos institucionales' necesarios para la implementación de las políticas, normas y procedimientos • El nivel de gobernanza de Recursos Humanos genera vínculos permanentes y formales con la sociedad civil, conoce y canaliza sus demandas y propuestas y se apoya en su fuerza movilizadora para promover los cambios requeridos por el sistema de salud, por ejemplo, en el ámbito de la formación de RHS • El nivel de gobernanza analiza y promueve diferentes mecanismos de provisión de personal, coherentes con la organización en red y el trabajo en equipos multidisciplinares. Busca ampliar las posibles soluciones a la escasez de personal, considerando diversas estrategias de autosuficiencia de recursos humanos. Busca alianzas con diferentes profesionales de salud promoviendo la utilización máxima de sus respectivas competencias y una regulación más flexible del ejercicio profesional
Planificación	<ul style="list-style-type: none"> • La planificación de recursos humanos se orienta a la red asistencial en su conjunto, se inscribe en un esfuerzo sistémico de planificación sanitaria, considera las decisiones de territorialización adoptadas, así como el conjunto de servicios de salud que se proveen a la población dentro de dicho territorio • Los métodos de diagnóstico buscan identificar los problemas de provisión de servicios de salud dentro de la red asistencial, así como delinear posibles soluciones para resolver las necesidades de salud de la población y las contribuciones que en este sentido pueden venir del área de Gestión de Recursos Humanos. Existe consciencia que no todos los problemas de provisión de servicios de salud se resuelven en base a aumentos de dotación u otras estrategias propias del campo de los Recursos Humanos, reconociéndose que el problema a enfrentar es la capacidad de la red para satisfacer las necesidades de salud de la población. • Las decisiones de RHUS, especialmente las de expansión de dotaciones, consideran el impacto en todos los puntos de la red. Se resguarda el equilibrio y coordinación del proceso asistencial, se pone atención en la continuidad de la atención y se evalúan posibles necesidades de ajustes en la dotación de los demás niveles (por ejemplo, la incorporación de nutricionistas al equipo básico del primer nivel puede generar demanda de atención especializada en el segundo o tercer nivel que de otra forma no se hubiera pesquisado). Sin perjuicio de lo anterior, las estrategias de expansión y desarrollo del personal, privilegian el fortalecimiento del primer nivel como aquel que satisface la mayor parte de las necesidades de salud de la población. • Las áreas de Gestión de Recursos Humanos desarrollan estudios de investigación en temas tradicionales como satisfacción laboral; impacto de los incentivos; oferta y demanda de recursos humanos y, en temas emergentes, como el alcance ocupacional de las profesiones, posibles estrategias de sustitución de roles y requerimientos de supervisión y coordinación, todo ello, en el marco del funcionamiento de equipos multidisciplinares de salud. • Se dispone de proyecciones de necesidades de personal sanitario agregadas y priorizadas considerando todos los niveles de la red asistencial, basados en un sistema de información integrado y la aplicación de métodos de proyección de oferta, demanda y estimación de brechas • Los criterios de priorización consideran la distribución de la carga asistencial entre los niveles de atención, donde el primer nivel es el más resolutivo y la atención de especialidad se ubica en los lugares más apropiados de la red (el foco no son los especialistas, es la solución de problemas de salud)
Formación	<ul style="list-style-type: none"> • Las áreas Gestión de Recursos Humanos disponen de descripciones de perfiles ocupacionales considerando como unidad básica los equipos de salud en los diferentes niveles de la red, por sobre perfiles individuales • La información generada por los procesos de planificación se comparte en espacios de articulación con el sector formador. Dichas instancias están integradas, además de las autoridades sectoriales y los gestores de recursos humanos, por representantes de la comunidad y de los profesionales que integran el equipo básico de atención primaria, quienes constituyen el pilar de la red asistencial • Los proyectos de formación se desarrollan considerando la potencialidad de la red asistencial en su conjunto. Promoviendo una distribución balanceada entre niveles, que considera la dinámica de la demanda de atención, en que la mayor parte de la carga asistencial se resuelve en el primer nivel • Los Ministerios de Salud coordinan esfuerzos con los Ministerios de Educación e incorporan a los sistemas de acreditación y resguardo de la calidad aspectos sobre la formación orientada hacia la APS, incorporando indicadores específicos que estimulen la transformación curricular. Por ejemplo: proporción del tiempo de práctica en el primer nivel de atención respecto de los demás niveles; desarrollo de proyectos de salud en áreas rurales o desatendidas y contenidos curriculares en salud pública, salud familiar, comunitaria e intercultural, entre otros
Gestión del empleo	<ul style="list-style-type: none"> • Se dispone de estudios sobre las condiciones del mercado laboral de salud, sobre las opciones de los profesionales de la salud y sus motivaciones • Las normas y criterios de contratación se basan en los principios del trabajo decente, existiendo posibilidades de desarrollo y movilidad que consideran la red asistencial integralmente • Se privilegia la autonomía profesional y se favorece el despliegue de las capacidades de los equipos, fomentando el trabajo articulado para resolver las necesidades de salud de la población • Se dispone de estrategias de valoración de los equipos, en que la comunidad tiene un rol activo • Se promueve una regulación más flexible del ejercicio profesional en base al trabajo en equipos multiprofesionales

Tabla 2. (Cont.) Gestión de Recursos Humanos de Salud para Sistemas de Salud Basados en APS: propuesta de elementos distintivos.

Ámbito de la Gestión de RHS en Red	Elementos distintivos de la gestión de RHS
Gestión del desempeño	<ul style="list-style-type: none"> • Los incentivos se orientan a lograr mejores niveles de desempeño del sistema de salud y estimulan la eficiencia en la provisión de servicios, así como, el seguimiento longitudinal de las poblaciones a cargo • Se considera un conjunto reducido de incentivos económicos, de clara visibilidad e impacto en los salarios finales destinados a resolver los problemas de provisión de servicios en zonas desatendidas • Se contemplan incentivos coherentes con el modelo de atención, relacionados con la mantención de las condiciones de salud de la población a cargo, especialmente, respecto del desarrollo de conductas saludables y control de riesgos • Los esquemas de carrera sanitaria, consideran posibilidades de movilidad a lo largo de la red asistencial diseñadas en base a las etapas propias del ciclo laboral, desde el ingreso, desarrollo de competencias, máximo rendimiento, estabilización y etapa de salida
Desarrollo organizacional e institucional	<ul style="list-style-type: none"> • La estructura de gestión de RHUS se organiza con un despliegue territorial y funcional, similar al de las Redes Integradas de Salud • Las instancias descentralizadas del sistema de gestión de RHUS poseen las competencias necesarias para desarrollar las funciones operativas e implementar las políticas, procesos y procedimientos definidos, adecuándolos a las realidades locales existentes • Existe una instancia de articulación de la red RHUS, capaz de movilizar los recursos disponibles para el adecuado funcionamiento de la red asistencial, monitorear y controlar la aplicación de las políticas, procedimientos y procesos en los niveles locales, así como negociar e informar al nivel central las debilidades y oportunidades que evidencie en la red correspondiente • Existe una Dirección Nacional de RHS capaz de ejercer rectoría, gobernanza y planificación de RHUS, así como el desarrollo de estrategias para cohesionar a los actores de la red en torno a una visión unificadora • Se dispone de instancias de coordinación que reúnen en torno a planes concretos de desarrollo, a los responsables de la gestión del modelo de atención y de recursos humanos

En base a los elementos analizados, se identifica una serie de características y condiciones que, presentes en cada uno de los ámbitos de la gestión de recursos humanos en análisis, podrían permitir contribuir desde este campo hacia el desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud basados en APS (tabla 2).

Todos los esfuerzos señalados, sumados a las demandas propias de la contingencia, hacen necesario avanzar en el fortalecimiento de las áreas de Gestión de Recursos Humanos de Salud, así como en la profesionalización de los equipos que las integran, plano en el que se observan diferencias importantes entre los países, siendo tal vez el mayor desafío organizar una red descentralizada de gestión capaz de adecuar las políticas según las realidades locales, así como desarrollar las actividades operativas de gestión de personal.

Finalmente, a la luz de estas propuestas, es necesario destacar la necesidad de cambiar el eje del discurso de la gestión de recursos humanos, a partir del convencimiento que el problema central que se busca resolver es satisfacer las necesidades de salud de la población

y, en esta perspectiva, la Gestión de Recursos Humanos es parte de las posibles soluciones para resolver dichas necesidades. Partir de esta premisa, permite posicionarse de manera diferente con relación a los demás actores sectoriales y moverse desde un espacio en que se identifica la Gestión de Recursos Humanos de Salud como un problema endémico, hacia un estado en que la gestión y el desarrollo de personal de salud representan una solución para mejorar la efectividad del sistema de salud en su conjunto.

AGRADECIMIENTOS

A los profesionales que participaron en la elaboración de este documento, a los Directores Nacionales de RHS de los respectivos Ministerios de Salud y muy particularmente a quienes actuaron como contraparte técnica, Sra. Gloria Villarroel, Jefa Nacional de la Unidad de Recursos Humanos, Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia; Sr. Francisco Ariza, Coordinador Grupo de Formación del Talento Humano en Salud, Dirección de Desarrollo de Talento Humano - Ministerio de Salud

y Protección Social de Colombia; Sra. Michèle Guillou, División de Gestión y Desarrollo de RRHH - Ministerio de Salud de Chile; Dr. Iván Palacios, Director Nacional de Normatización de Talento Humano, Ministerio de Salud Pública de Ecuador; Sra. Lily Cortez, Dirección de Gestión de Capacidades. Dirección General de Gestión del Desarrollo de RRHH - Ministerio de Salud de Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organismo Andino de Salud - ORAS/CONHU. Resolución REMSAA XXXIII/483. Bogotá, Colombia: Convenio Hipólito Unanue, 2012. (Nov. 2, 2012).
2. Chen L, Evans D, Evans T, Sadana R, Stilwell B, Travis P, et al. Working together for health: The World Health Report. Geneva: WHO; 2006.
3. Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1993.
4. Dal Poz M, Gupta N, Quain E, Soucat A. Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2009.
5. O'Neil M, Reimann S. Strengthening Human Resources Management to Improve Health Outcomes. The eManager N°1, 2009. msh.int (internet). Maryland, USA: Management Sciences for Health 2009. (acceso, 6 de Noviembre de 2014). Disponible en: http://www.msh.org/sites/msh.org/files/emanager_2009no1_hrm_english.pdf.

6. Organización Panamericana de la Salud. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N° 4. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC, 2010.
7. Ministerio de Salud de Bolivia. Decreto Supremo N° 29.601, que aprueba el Nuevo Modelo de Salud Boliviano-Modelo de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (SAFCI). Bolivia, 2008.
8. Presidencia de la República de Colombia. Ley 1438. Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Social. Colombia, 2011.
9. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Santiago, Chile. 2012.
10. Ministerio de Salud de Ecuador. Acuerdo Ministerial 725 – 1162 que aprueba el Modelo Integral del Sistema Nacional de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural. Quito, Ecuador. 2012.
11. Ministerio de Salud de Perú. Resolución 464. Lima, Perú: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y Comunidad MAIS-BFC, 2011. (Jun. 14, 2011).
12. OPS.int (internet). Washington: Organización Panamericana de la Salud; Políticas de Recursos Humanos de Salud de Bolivia. (Acceso, 6 de noviembre de 2014). Disponible en: http://www.observatoriorh.org/andino/sites/default/files/webfiles/fulltext/BOL_OPS&MSD_PoliticaRHUS_2008.pdf.
13. OPS.int (internet). Washington: Organización Panamericana de la Salud; Políticas de Recursos Humanos de Salud de Chile. (Acceso, 6 de noviembre de 2014). Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/459>.
14. Minsa.int (internet). Lima, Perú: Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud, estrategia para el abordaje de los nuevos desafíos del campo de los recursos humanos en salud. Ministerio de Salud - IDREH - Dirección General de Políticas, Regulación y Gestión del Desarrollo de los Recursos Humanos. (Acceso, 6 de noviembre de 2014). Disponible en : <http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/libros/pdf/s1/l-02.%20Los%20Lineamientos%20de%20politica%20nacional%20para%20el%20desarrollo%20de%20los%20recursos%20humanos%20de%20salud.pdf>.
15. hc-sc.gc.ca.int (internet). Ottawa, Ontario: Health Canada; How many Are Enough? Redefining Self-Sufficiency for the Health Workforce A discussion Paper. July 2009. (Acceso, 6 de noviembre de 2014). Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/hhrhs/2009-self-sufficiency-autosuffisance/2009-hme-eng.pdf.
16. OECD.int (internet). Plochg, Thomas, et al. (2011). Reconfiguring Health Professions in times of multi morbidity: Eight Recommendations for change. Organization for Economic Co-operation and Development OECD. Health Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities, OECD Publishing. (Acceso: 6 de noviembre de 2014). Disponible en: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/ocd/social-issues-migration-health/health-reform/reconfiguring-health-professions-in-times-of-multimorbidity_9789264122314-7-en#page3.

Financiamiento:

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, en el marco de la ejecución del Proyecto Plan Sanitario de Integración Andina PlanSIA, el mismo que cuenta con el financiamiento del Fondo General de Cooperación Italiana (FGCI) y el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) y es administrado por el Centro de Educación Sanitaria y Tecnologías Apropriadadas Sanitarias (CESTAS).

Conflictos de interés:

Los autores declaran no existir conflictos de interés.

Correspondencia:

Verónica Bustos verobustosf@hotmail.cl