



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **52.º CONSEJO DIRECTIVO** **65.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013*

---

*Punto 4.4 del orden del día provisional*

CD52/6 (Esp.)  
19 de agosto del 2013  
ORIGINAL: INGLÉS

### **RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD**

#### **Aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud**

#### **Introducción**

1. Recientemente, en la Región de las Américas, los Estados Miembros de la OPS han hecho progresos sustanciales para llevar a la práctica una agenda de desarrollo más inclusiva que tenga a las políticas sociales como uno de sus componentes principales. En algunos países, la sinergia entre el crecimiento económico sostenido y las políticas sociales inclusivas explica la reducción del número de personas que viven en la pobreza y la disminución de las inequidades en la distribución de la riqueza, lo que se suma a otras mejoras paralelas en cuanto al empleo y el nivel de alfabetización. Estas tendencias, a su vez, han contribuido al aumento de la demanda de servicios sociales de buena calidad. La afirmación de la salud como un derecho humano fundamental es un componente central de esta agenda. El desarrollo de sistemas de salud unificados, la renovación de la atención primaria de salud y la búsqueda de modelos de servicios de salud mejor integrados, centrados en la persona y de orientación comunitaria representan estrategias esenciales para hacer de este derecho una realidad. Se está alcanzando el consenso en torno al concepto de la cobertura universal de salud como uno de los objetivos clave del desarrollo mundial en el futuro.

2. Uno de los obstáculos más difíciles y generalizados para lograr la cobertura universal de salud es la brecha en cuanto a la disponibilidad y accesibilidad de los recursos humanos para la salud. Todas las personas y comunidades necesitan tener acceso a proveedores de atención sanitaria en el momento propicio, en el lugar adecuado y con el conjunto apropiado de competencias. Por lo tanto, la meta de la cobertura universal de salud y la estrategia de atención primaria de salud plantean retos enormes en cuanto a los recursos humanos para la salud. Al mismo tiempo, proporcionan un marco imprescindible y fundamental, así como orientaciones de política para la gestión exitosa de los recursos humanos de una manera que sea dinámica, eficaz, asequible, apropiada y

receptiva a las necesidades sanitarias variadas y cambiantes de la comunidad y a las circunstancias sociales.

3. Las 20 metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015, aprobadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2007, se formularon en función de los valores y elementos centrales de un sistema de salud basado en la atención primaria de salud. Entre estos valores centrales se encuentran: el derecho al más alto nivel posible de salud, equidad y solidaridad. El análisis y el seguimiento que se hace en la actualidad de estas metas regionales aporta información sobre el avance que se está logrando a nivel de país y regional. Aunque todavía no está lista, la evaluación ya ha permitido centrar la atención en los obstáculos fundamentales para el logro de mayores adelantos a fin de reducir las inequidades y mejorar el acceso al personal sanitario capacitado. La meta de la cobertura universal de salud debería proporcionar un impulso adicional para afrontar estos problemas y hacer que los beneficios previstos de la cobertura universal de salud sean reales para todos los miembros de la sociedad.

4. Este documento fue elaborado a solicitud del Comité Ejecutivo en su 152.<sup>a</sup> sesión, que tuvo lugar del 17 al 21 de junio del 2013. En él se trata de identificar las reformas fundamentales y las orientaciones de política necesarias para aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, prestando especial atención a las comunidades subatendidas y vulnerables. En este documento se subraya la importancia de elaborar nuevos modelos de gobernanza de los recursos humanos para la salud y de fortalecer la capacidad colaborativa de planificación con respecto a los recursos humanos para la salud. El documento se basa en resoluciones anteriores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), específicamente las resoluciones [CSP27.R7](#) (2007), *Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015*; [CD50.R7](#) (2010), *Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud*; [CD49.R22](#) (2009), *Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud*; y, en términos más generales, las resoluciones [CSP28.R13](#) (2012), *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, y [CD49.R13](#) (2009), *Salud familiar y comunitaria*, entre otras.

### **Antecedentes**

5. Además del financiamiento sanitario sostenible y equitativo, dos objetivos del sistema de salud tienen una importancia fundamental para alcanzar la cobertura universal de salud. El primero tiene que ver con la ampliación de la variedad, la profundidad y la calidad de los servicios que se ofrecen. Se espera que los servicios que están al alcance de la comunidad aborden los problemas de salud más prevalentes y fundamentales: deben incluir la atención curativa, pero ir más allá de ella para abarcar la promoción de la salud, la protección sanitaria, la prevención de las enfermedades, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Este es un objetivo ambicioso y complejo, en vista del cambio que se

necesita para pasar de las intervenciones episódicas de la atención de salud a la atención continua, particularmente con respecto al tratamiento de las enfermedades crónicas a lo largo de toda la vida. El segundo objetivo, que representa un desafío igualmente importante, se refiere a la ampliación del porcentaje de la población que realmente tiene acceso a estos servicios. Aun en sistemas de atención sanitaria universal bien establecidos y dotados de los recursos adecuados, a menudo persisten las inequidades en cuanto al acceso en grupos específicos de la población y comunidades vulnerables.

6. Las barreras que impiden el acceso a una atención sanitaria integral y de buena calidad son múltiples y diversas, dadas las diferentes realidades de los países de la Región. En algunos casos, las barreras son de naturaleza geográfica. En otros casos, las principales barreras son predominantemente socioeconómicas y culturales, y se relacionan con el género, el grupo étnico, la edad, los ingresos, la religión, el idioma, la situación con respecto al permiso de residencia, la movilidad y el modo de vida.

7. Tres modelos diferentes, cada uno con sus respectivos puntos fuertes y puntos débiles, pueden utilizarse para elaborar proyecciones sobre las necesidades de atención de salud de la población y otros requisitos relacionados con los recursos humanos. Estos son: modelos basados en la utilización, basados en la demanda real y planificación sobre la base de la demanda. Los modelos que se fundamentan en la utilización determinan las necesidades futuras mediante la evaluación de modelos anteriores de utilización de los servicios de salud. Los modelos basados en la demanda real fundamentan las necesidades en los recursos disponibles para satisfacerlos. La planificación sobre la base de las necesidades considera las características de la población en constante cambio, los perfiles epidemiológicos y las opciones correspondientes en los equipos comunitarios de atención de salud para abordar estas necesidades de una manera que sea eficaz en función de los costos.

8. Individualmente, los países varían en los métodos que utilizan para definir y calcular su escasez de profesionales de la salud. Un indicador muy utilizado para ayudar a definir la idoneidad de un punto de referencia acerca de los recursos humanos es la razón entre el número de trabajadores de salud y la población, que suele considerar el número de médicos, enfermeras, u otros profesionales de la salud por cada 1.000 habitantes. Luego, es posible comparar la densidad de personal sanitario entre diferentes zonas o jurisdicciones político/administrativas. Sin embargo, este método conlleva graves limitaciones, debido a que no tiene en cuenta otras variables fundamentales como la carga de morbilidad, la disponibilidad de competencias pertinentes, la productividad, los modelos de atención y los sitios donde se prestan los servicios. Se han elaborado indicadores más complejos para identificar las zonas donde hay escasez de profesionales de salud y las zonas subatendidas en cuanto a servicios médicos, que utilizan puntos de referencia predefinidos para la razón entre el número de habitantes con respecto al equivalente de tiempo completo de médicos de atención primaria de salud dentistas, o

profesionales de salud mental. Suele utilizarse también la razón entre el número de familias u hogares por equipo de salud para guiar las decisiones con respecto a la ampliación de la cobertura sanitaria en el primer nivel de la atención.

9. Los datos confiables acerca del personal en el área de salud y su distribución son fundamentales para la formulación y el seguimiento de políticas y programas destinados a reducir las desigualdades en el acceso a profesionales de salud capacitados. No hay ninguna norma universal y basada en datos científicos para determinar la composición y el número óptimos del personal de salud, dada la multiplicidad de factores que inciden en la generación y en el logro de los resultados que se buscan en materia de salud. Sin embargo, se ha logrado más consenso en torno a la norma *mínima*. En el *Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud* se establecía un cálculo para el umbral de 2,28 trabajadores sanitarios (médicos, enfermeras y parteras) por cada 1.000 habitantes como el mínimo necesario para lograr un conjunto de intervenciones esenciales de salud (como por ejemplo, la atención de 80% de los partos por parteras capacitadas). Será necesario revisar este cálculo del umbral, teniendo en cuenta los cambios en las necesidades de cobertura universal de salud. En último término, a cada país le incumbe la responsabilidad de establecer sus propios objetivos e indicadores, de hacer el seguimiento del avance hacia la reducción de las desigualdades, y de seguir rindiendo cuentas acerca de la ejecución de las mejoras necesarias.

10. Cada vez se dispone de más evidencia para demostrar la repercusión que tienen los diversos modelos de prestación de atención primaria en los resultados en materia de salud.<sup>1</sup> Los modelos de prestación de atención primaria de salud dentro de los sistemas de cobertura universal de salud prestan los servicios por medio de equipos, lo que permite que el personal sea utilizado y desplegado de manera más eficaz y eficiente a su nivel pleno de competencia. Este modelo valora tanto las relaciones de trabajo entre las diferentes profesiones como sus contribuciones respectivas a los resultados en materia de salud. Una combinación de personal que sea flexible y receptiva a las necesidades locales les deja libertad a los médicos para atender las necesidades de pacientes que se encuentren en situación más crítica. Este grado de flexibilidad permite mejorar el contacto con los pacientes, la continuidad de la atención y la responsabilidad en la prestación de los servicios. Debido a que los proveedores de atención primaria se encuentran en la comunidad y a que suelen contratarse en las comunidades locales, a menudo son más sensibles a las necesidades locales de los diversos grupos culturales, étnicos y religiosos. Los programas de capacitación profesional y de educación continua para los proveedores de atención primaria hacen hincapié en las competencias requeridas para atender estas necesidades locales. El modelo de prestación de atención primaria de salud promueve el diálogo comunitario y aumenta la participación de los interesados directos en la formulación de la política y los programas; además, genera oportunidades

---

<sup>1</sup> Véase, por ejemplo, F. C. Guanais y J. Macinko, "The Health Effects of Decentralizing Primary Health Care in Brazil," *Health Affairs* 28, no. 3 (2009): 1127-1135.

para crear vínculos con otras organizaciones de servicios de salud, servicios comunitarios y organizaciones voluntarias, así como para la participación de las familias en la administración de la atención.

### **Análisis**

11. La vigilancia de las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 facilitará la evaluación del progreso en toda la Región con respecto a la situación del personal en el ámbito sanitario y su contribución al desarrollo de sistemas de salud orientados a la atención primaria de salud. Asegurar la disponibilidad y la accesibilidad de personal de salud capacitado, con las competencias pertinentes, tanto técnicas como culturales, para atender las necesidades de las comunidades subatendidas y vulnerables sigue siendo un reto para las autoridades sanitarias nacionales. A título de ejemplo, en los Estados Unidos actualmente hay aproximadamente 5.900 zonas designadas como zonas donde hay escasez de profesionales de atención primaria de salud o HPSA (por sus siglas en inglés). Dependiendo del criterio que se utilice, se calcula que se necesitarían entre 7.550 y 16.000 médicos de atención primaria de salud más para eliminar la designación como zonas donde hay escasez.<sup>2</sup> De acuerdo con un estudio similar efectuado en Brasil en el 2010, había 1.280 municipios con escasez de médicos, lo que representa más de 28 millones de personas, principalmente en las regiones del nordeste y el norte.<sup>3</sup>

12. Para lograr resultados óptimos, los modelos de prestación de atención primaria de salud tienen que contar con profesionales médicos dotados de las competencias, el liderazgo y el compromiso pertinentes. Un estudio sobre la educación médica de posgrado en 14 países latinoamericanos reveló que, en el 2010, un 18% del total de las plazas para cursar el primer año en los programas de residencia correspondía a la medicina familiar o un equivalente, como medicina general en Argentina y Costa Rica, medicina general integral en Cuba y, en Bolivia, salud familiar comunitaria intercultural. Sin embargo, si excluimos a Cuba del análisis (69% de las plazas para el primer año de residencia médica en Cuba correspondían a medicina general integral, o 3.299 de un total de 4.801 plazas), el porcentaje se reduce a la mitad, es decir a 9% en el resto de los países. Esto se compara con 11% en los Estados Unidos de América, 28% en España y 43% en Canadá.

13. La formulación de políticas y estrategias nacionales de recursos humanos para la salud exige la planificación basada en datos científicos a fin de guiar la toma de decisiones. Hay una variedad de herramientas y recursos para ayudar a los países en la

---

<sup>2</sup> Véase: Health Resources and Services Administration, US Department of Health and Human Services en [www.hrsa.gov/shortage/](http://www.hrsa.gov/shortage/).

<sup>3</sup> Véase: Índice de Escasez de Médicos no Brasil: um estudo exploratório do âmbito da atenção primária, por Girardi et al., 2012. <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>.

elaboración de sus planes estratégicos nacionales.<sup>4</sup> Esos planes están en consonancia con estrategias más amplias para el desarrollo social y económico e incluyen objetivos a corto y a largo plazo destinados a aumentar las actividades de educación y capacitación para el personal sanitario, a reducir los desequilibrios y la distribución inadecuada de la fuerza laboral, a fortalecer el desempeño del personal, a mejorar la retención del personal y a adaptarse a las principales reformas del sector de la salud.

14. La generación de recursos humanos para la salud en la Región todavía no está sincronizada con las necesidades de un sistema de salud basado en la atención primaria de salud. Los conceptos de cobertura universal de salud y atención primaria de salud no se han insertado en las instituciones académicas de capacitación ni las han transformado de una manera significativa. Según han mostrado varias iniciativas,<sup>5</sup> se necesita urgentemente un cambio importante en el paradigma de la educación médica y de las ciencias de la salud.<sup>6</sup> A su vez, este cambio cultural exige una gobernanza renovada de los recursos humanos, expresada en arreglos y programas interinstitucionales innovadores, fundamentados en la relación y el diálogo sostenidos entre las autoridades sanitarias nacionales y las instituciones académicas, y guiados por la formulación de una visión común a largo plazo. Para lograr un efecto positivo sobre los resultados de salud, el subsistema de educación profesional debe concebir nuevas estrategias institucionales y de enseñanza.<sup>7</sup>

15. Cada vez se conoce mejor la importancia de la migración internacional del personal sanitario para la formulación de los planes y las estrategias de recursos humanos para la salud. En el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, adoptado por la sexagésima tercera Asamblea Mundial de la Salud en el 2010, se destacaban las consideraciones éticas pertinentes para los países de origen y los de destino y se abogaba por asegurar el tratamiento justo del personal de salud que emigra de su país.

16. No obstante, en la Región la planificación de los recursos humanos fundamentada en la cobertura universal de salud y apoyada en la atención primaria de alta calidad es limitada y esporádica y se torna más compleja por los intereses contrapuestos de los sectores segmentados de la salud y la educación. El proceso de asegurar la coherencia en la generación de recursos humanos para la salud y su convergencia con la dinámica de los

---

<sup>4</sup> Para información sobre herramientas y recursos de planificación pertinentes, véase: OPS Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud en <http://observatoriorh.org>; OMS en <http://who.int/hrh/es/index.html>; y <http://www.capacityproject.org/framework>.

<sup>5</sup> Un buen ejemplo es *Beyond Flexner: Social Mission in Medical Education*. Véase: <http://www.medicaleducationfutures.org/FlexnerSynopsis>.

<sup>6</sup> Véase por ejemplo: *Global consensus on social accountability of medical schools* en: <http://healthsocialaccountability.org/>

<sup>7</sup> Véase, *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. Frenk et al. Lancet 2010; 376:1923-58. ([www.thelancet.com](http://www.thelancet.com))

mercados de trabajo y los objetivos de los sistemas de salud, todavía se encuentra en una etapa preliminar. Será necesario emprender nuevos esfuerzos y contar con un liderazgo renovado para apoyar las negociaciones y la toma de decisiones, a fin de promover la participación sostenida de los interesados directos clave y de otras partes interesadas con el propósito de crear capacidad, generar datos de calidad y evidencia, lograr flexibilidad en las prácticas de gestión de recursos humanos y diseñar un sistema equilibrado de incentivos financieros y abordajes normativos.

**Propuesta: áreas fundamentales del desarrollo de los recursos humanos para la salud a fin de mejorar el acceso a profesionales capacitados en los sistemas de salud basados en la atención primaria**

***Fortalecer las capacidades de planificación de recursos humanos para la salud***

17. La planificación de recursos humanos para la salud exige la formulación de planes y estrategias de gestión apropiados a fin de conseguir que haya personal sanitario suficiente para satisfacer las necesidades de atención de salud de la población, tanto ahora como en el futuro. La planificación de los recursos humanos exige que el liderazgo y la capacidad técnica sean adecuados, además de la existencia de una unidad estratégica o de planificación con competencias diversificadas, entre otras, la de análisis demográfico y estadístico utilizando múltiples fuentes de información y centros de investigación. Si bien es cierto que la metodología adecuada y los datos fiables son esenciales para apoyar y guiar el proceso, la capacidad de incluir a las partes interesadas, de contar con su participación y de negociar con ellas determinará en gran medida los resultados. Desde la perspectiva de la atención primaria de salud, es evidente la necesidad de integrar mejor la planificación a través de las distintas profesiones, prestando atención especial a la combinación de aptitudes y al equilibrio geográfico. La experiencia de los países que disponen de capacidades establecidas de planificación muestra que, del énfasis inicial en la fuerza laboral médica, la atención se está desplazando rápidamente hacia las relaciones entre las profesiones de salud que son fundamentales para la atención primaria de salud, como medicina, enfermería, odontología, farmacia, nutrición y trabajo social, entre otras.

***Reformar la educación de los profesionales de salud para apoyar a los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud de mejor calidad y avanzar hacia la cobertura universal de salud***

18. Es necesario formular nuevas estrategias y mecanismos de coordinación para alinear la formación de los profesionales de salud con los objetivos de los sistemas de salud. Hay que implantar incentivos para fortalecer la misión social y la participación en la comunidad de los centros de salud académicos y del profesorado, así como de las instituciones de acreditación correspondientes, a fin de asegurar su compromiso con la cobertura universal de salud. La creación de escuelas nuevas especializadas en ciencias de la salud clínicas debe basarse en las necesidades y estar orientada hacia la atención

primaria de salud, abordando las necesidades de las poblaciones subatendidas y las comunidades vulnerables. Además, debe fomentarse la expansión de los centros descentralizados de capacitación clínica y la creación de recintos universitarios vía satélite de las escuelas existentes en comunidades subatendidas. Debe promoverse el reclutamiento de estudiantes de la comunidad, con metas explícitas adoptadas para diversificar progresivamente al alumnado y reflejar los principales grupos étnicos y culturales de las poblaciones atendidas. Todos los estudiantes de posgrado deben poder demostrar competencias interculturales. Los estudiantes de las diferentes profesiones de atención primaria de salud deben entender en qué forma los determinantes sociales de la salud afectan a la salud y el bienestar en los entornos comunitarios mismos. Debe ampliarse la función de los centros de salud de la comunidad como sitios principales para la capacitación, con la supervisión competente de los estudiantes.

19. Debe reformarse la educación médica de posgrado para apoyar la atención primaria de salud; con este fin, es necesaria una inversión significativa en el desarrollo de los departamentos académicos de medicina familiar. Los residentes en todas las especialidades deben recibir parte de su capacitación en los centros de salud de la comunidad y en los hospitales situados en comunidades subatendidas. Hay que establecer metas específicas para determinar el número de plazas para residentes en las áreas de especialidad más pertinentes para la atención primaria de salud, como medicina interna, cirugía general, pediatría, obstetricia y ginecología, psiquiatría y, en particular, medicina familiar. Para el logro de estas metas, deben establecerse incentivos financieros y medidas normativas.

***Empoderar a los equipos de colaboración centrados en las personas y orientados a la comunidad***

20. Es necesario abordar las condiciones habilitadoras para asegurar que los equipos multiprofesionales de atención primaria de salud logren el desempeño óptimo y presten servicios de atención de salud de alta calidad, integral y centrada en las personas. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como los recursos de diagnóstico y terapéuticos, deben estar disponible de conformidad con el modelo de atención y las competencias del equipo. Los profesionales de atención primaria de salud deben ser apoyados plenamente a través de las redes integradas de atención y los centros de salud académicos. El aislamiento de los equipos de atención primaria de salud en las zonas remotas y subatendidas pueden ser reducido al mínimo mediante la formulación de estrategias de ciber salud, que incluyan los recursos de telesalud. El desarrollo de la telemedicina y las redes de aprendizaje puede mejorar la motivación, la competencia y la estabilidad de la fuerza laboral.

21. Los marcos jurídicos que reglamentan las profesiones de salud deben actualizarse de tal manera que mejoren el alcance de la práctica de todos los miembros del equipo de



atención primaria de salud y faciliten el trabajo colaborativo, con un grado adecuado de flexibilidad que permita la innovación y la adaptación, según las necesidades y las circunstancias locales. Por último, todo el personal sanitario debe beneficiarse de los mecanismos existentes de protección social. Deben establecerse arreglos contractuales competitivos, incentivos financieros y no financieros, y buenas condiciones de trabajo para atraer y retener a profesionales de atención primaria de salud capacitados mientras los países avanzan hacia el logro de la cobertura universal de salud.

### **Intervención del Consejo Directivo**

22. Se pide al Consejo Directivo que examine este documento de política y considere la posibilidad de adoptar el proyecto de resolución que se adjunta (anexo A).

Anexos



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **52.º CONSEJO DIRECTIVO** **65.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013*

---

CD52/6 (Esp.)  
Anexo A  
ORIGINAL: INGLÉS

### ***PROYECTO DE RESOLUCIÓN***

#### **RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD: AUMENTAR EL ACCESO AL PERSONAL SANITARIO CAPACITADO EN SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

##### ***EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo examinado el documento de política *Recursos humanos para la salud: aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud* (CD52/6);

Reconociendo la importancia estratégica de los recursos humanos para la salud a fin de lograr la meta de la cobertura universal de salud fundamentada en el desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, así como del mejoramiento de la salud y el bienestar de las personas, las familias y las comunidades;

Preocupado por las desigualdades persistentes en el acceso a servicios de atención sanitaria integral y de buena calidad atribuibles a la escasez de personal de salud en las zonas remotas y rurales y entre los grupos de población y las comunidades subatendidas o vulnerables;

Considerando la adopción por la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud (WHA63.16 [2010]), que aborda los desafíos planteados por la movilidad de los profesionales de la salud entre y dentro de los países;

Teniendo en cuenta el progreso logrado en la Región con respecto a las *Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015* (CSP27/10 [2007])

y la *Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud* (CD50.R7 [2010]),

**RESUELVE:**

1. Instar los Estados Miembros a:
  - a) reiterar su compromiso con el cumplimiento de las Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015;
  - b) formular planes y políticas nacionales de recursos humanos de acuerdo con los sectores sociales pertinentes y los interesados directos clave para aumentar el acceso al personal sanitario capacitado para la atención primaria de salud y avanzar hacia el logro de la cobertura universal de salud;
  - c) establecer y fortalecer una unidad de planificación estratégica y de gestión de recursos humanos para la salud con la capacidad para dirigir, participar y generar consenso entre las autoridades de educación nacionales, centros de salud académicos, asociaciones profesionales, autoridades sanitarias estatales y locales, centros de salud y organizaciones comunitarias acerca de las necesidades actuales y futuras de recursos humanos para la salud, en particular para los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud;
  - d) facultar y brindar apoyo a los equipos colaborativos multiprofesionales de atención primaria de salud sobre la base de modelos establecidos de atención, mejorar el alcance de la práctica de cada profesión hasta su máximo potencial según sus competencias, y promover y vigilar la innovación para mejorar el desempeño y la gestión de los equipos de atención primaria de salud;
  - e) identificar, vigilar e informar sobre alguna escasez específica de profesionales de la salud, en particular en las poblaciones vulnerables y al primer nivel de la atención, como base para la ejecución de programas e intervenciones especiales destinados a abordar esa escasez;
  - f) invertir en la producción, disponibilidad, utilización y análisis de datos básicos sobre recursos humanos para la salud, mejorar la calidad de los sistemas de información de recursos humanos para la planificación y la toma de decisiones, y apoyar la capacidad de investigación en cuestiones prioritarias de recursos humanos para la salud, como el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud;

- g) promover la misión social y la rendición de cuentas de los establecimientos de educación de ciencias de la salud y los centros de acreditación y su compromiso con la atención primaria de salud y la cobertura universal de salud, y habilitar y ampliar la red de centros de salud y hospitales comunitarios con responsabilidades y capacidades didácticas en comunidades subatendidas;
  - h) reformar la educación médica de posgrado para apoyar los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, aumentar el número de plazas en las áreas de especialidad médicas más pertinentes para la atención primaria de salud, en particular en medicina familiar o su equivalente y fortalecer el desarrollo de departamentos académicos de medicina familiar;
  - i) implantar y evaluar en forma sistemática reglamentos, beneficios e incentivos específicos, tanto financieros como no financieros, para reclutar, contratar y estabilizar al personal de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, en particular en áreas remotas y subatendidas;
  - j) reiterar su compromiso con el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud.
2. Solicitar a la Directora que:
- a) intensifique la cooperación técnica de la Organización con los Estados Miembros y entre ellos para formular políticas y planes de recursos humanos orientados por el objetivo general de la cobertura universal de salud y la estrategia de atención primaria de salud;
  - b) preste cooperación técnica para fortalecer la capacidad de planificación de los recursos humanos de las autoridades sanitarias nacionales, permitiéndoles abordar las inequidades en el acceso de las comunidades subatendidas y vulnerables al personal de salud, en particular a los profesionales de atención primaria, haciendo hincapié en la disponibilidad, distribución, competencia y motivación;
  - c) identifique, documente, analice y difunda las experiencias, los métodos y las innovaciones que tienen lugar en los países de la Región con respecto a la disponibilidad de personal de salud y el acceso a él;
  - d) facilite el diálogo entre las autoridades de educación, las instituciones de educación superior en materia de salud, y las autoridades sanitarias nacionales acerca del fortalecimiento de la atención primaria de salud y los equipos colaborativos de atención primaria de salud;

- e) mantenga y amplíe las principales redes regionales de intercambio de conocimientos sobre recursos humanos para la salud, a saber, el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud, el Campus Virtual de Salud Pública y la Clínica Virtual Docente;
- f) finalice la evaluación de las 20 Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 e inicie la consulta regional sobre recursos humanos para la salud en la agenda para el desarrollo después del 2015.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
*Oficina Sanitaria Panamericana, la Oficina Regional del*  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CE152/6 (Esp.)  
Anexo B

**Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas  
para la Oficina del proyecto de resolución**

- |  |
|--|
| <p><b>1. Punto del orden del día:</b> Punto 4.4. Recursos humanos para la salud: aumentar el acceso a personal sanitario capacitado en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud</p>  |
| <p><b>2. Relación con el Programa y Presupuesto 2014-2015: *</b></p> <p><b>a) Resultado:</b></p> <p>RIT 4.5 Disponibilidad adecuada de personal sanitario competente, culturalmente apropiado, bien reglamentado y distribuido, y tratado de manera justa</p> <p><b>b) Indicadores de resultados:</b></p> <p>RIT 4.5.1 Número de países que sufren escasez de personal en el área de la salud; RIT 4.5.2 Competencias de salud pública; RIT4.5.3 Distribución del personal de salud</p>  |
| <p><b>3. Repercusiones financieras:</b></p> <p><b>a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su período de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):</b></p> <p>El costo total calculado para la ejecución es de \$7,5 millones para el período 2014-2019.</p> <p><b>b) Costo estimado para el bienio 2014-2015 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):</b></p> <p>Los costos para el bienio 2014-2015 son de aproximadamente \$3,7 millones.</p> <p><b>c) Del costo estimado que se indica en el apartado b) ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?</b></p> <p>US\$1,2 millones</p> |

\* Refere-se ao [Projeto do Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015](#) (em espanhol) que foi apresentado na 152ª Sessão do Comitê Executivo.

**4. Repercusiones administrativas:**

**a) Indicar a qué niveles de la Organización se realizará el trabajo:**

Todos los niveles: regional, subregional y nacional.

**b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):**

Se requiere una dotación de personal adicional a nivel regional con pericia en la gestión de recursos humanos (dotación de personal, contratación, estrategias de retención, sistemas de incentivos financieros y no financieros). También se necesitará capacidad adicional en las especialidades de demografía y estadísticas para brindar apoyo a la formulación de indicadores y métodos de medición para la planificación y la vigilancia de recursos humanos para la salud.

**c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):**

El plazo propuesto es 2014-2019.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
*Oficina Sanitaria Panamericana, la Oficina Regional del*  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CD52/6 (Esp.)  
Anexo C

**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA  
CON LOS MANDATOS INSTITUCIONALES**

- 1. Punto del orden del día:** 4.4. Recursos humanos para la salud (Aumentar el acceso a personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud)
- 2. Unidad a cargo:** Sistemas y Servicios de Salud (HSS/HR)
- 3. Funcionario a cargo:** Charles Godue
- 4. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculados a este punto del orden del día:**

Dalhousie University Collaborating Center: centro colaborador en materia de planificación de recursos humanos para la salud

Centro Colaborador de la Universidad Estadual de Rio de Janeiro: centro colaborador en materia de planificación de recursos humanos para la salud

Ministerios de salud de la Región
- 5. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017:**

El punto del orden del día está vinculado a los valores y los principios de la Agenda de Salud para las Américas, así como a sus áreas de actuación.

Principios y valores: Derechos humanos, universalidad, accesibilidad e inclusión de todos; solidaridad panamericana; equidad en materia de salud.

Áreas de acción: Fortalecer a las autoridades sanitarias nacionales; abordar los determinantes de la salud; aumentar la protección social y el acceso a servicios de salud de calidad; aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología.
- 6. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico 2014-2019: \***

Este punto del orden del día está vinculado al Resultado intermedio 4.5 Disponibilidad adecuada de personal sanitario competente, culturalmente apropiado, bien reglamentado y distribuido, y tratado de manera justa

\* Refere-se ao [Projeto do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019](#) (em espanhol) que foi apresentado na 152ª Sessão do Comitê Executivo.



**7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos provenientes de los países de la Región de las Américas:**

Brasil: Programa Salud de la Familia

Bolivia: Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural

Canadá: planificación de la fuerza laboral médica; Red de Telemedicina de Ontario

Cuba: Educación descentralizada en ciencias de la salud a nivel de la comunidad

El Salvador: Equipos comunitarios de salud familiar (ECOS Familiares)

Perú: Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS)

EUA: Área de escasez de profesionales de la salud y zonas/poblaciones médicamente subatendidas

**8. Repercusiones financieras de este punto del orden del día:**

Ver el anexo B: Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Oficina del proyecto de resolución

