



PERFIL DE LAS UNIDADES DE RECURSOS HUMANOS DE LOS MINISTERIOS DE SALUD DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Julio 2008

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
1. LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LAS UNIDADES DE RECURSOS HUMANOS. ...	8
1.2 Sobre el nivel de las unidades de recursos humanos en los organigramas.....	10
1.3 Sobre la creación de las unidades de recursos humanos	12
1.4 Sobre las funciones de las unidades	16
1.5 Sobre la institucionalización de las estructuras y funciones	20
1.6 Sobre los niveles en la estructura interna de las unidades centrales.....	22
1.7 Sobre las áreas o departamentos en las unidades centrales	23
2. LOS RECURSOS DE LAS UNIDADES.....	26
2.1 Sobre los recursos humanos de las unidades centrales	26
2.2 Sobre los directores de las unidades de REHUS	32
2.3 Sobre la infraestructura y equipamiento con que cuentan las unidades.....	33
2.4 Sobre los recursos financieros con que cuentan las unidades.....	38
3. LA CALIDAD DE LA GESTIÓN DE LAS UNIDADES	40
3.1 Sobre el alcance en la gestión de las unidades.....	40
3.2 Planificación y herramientas estratégicas	44
3.3 Existencia de un sistema de información integrado de recursos humanos.....	49
3.4 Sistema de incentivos	49
3.5 Temas debatidos en políticas de recursos humanos	52
4. HONDURAS: EL CONSEJO NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD COMO FACTOR CLAVE EN EL RELANZAMIENTO DEL TEMA DE RECURSOS HUMANOS....	55
4.1 Antecedentes: el retroceso del interés por los recursos humanos.....	59
4.2 La Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud (CONARHUS)	61
4.3 El rediseño organizacional de la unidad de REHUS	62
4.4 El apoyo en la red de REHUS de OPS y COMISCA	63
5. NICARAGUA: EMPEZANDO POR ORDENAR LA CARRERA SANITARIA.....	63
5.1 Luego de 15 años de retroceso, una nueva oportunidad	63
5.2 El retome de los derechos laborales bajo la forma de carrera sanitaria.....	64

5.3	La nueva División de Recursos Humanos	65
5.4	Lo urgente y lo importante	66
6.	PERÚ: EL DEBATE SOBRE EL REDISEÑO ORGANIZACIONAL	67
6.1	La fundación del IDREH	67
6.2	Los logros de la etapa de auge 200-2006 del tema de recursos humanos	68
6.4	La disolución del IDREH y el debate sobre su transición a Dirección General de Recursos Humanos	72

ÍNDICE DE TABLAS

NÚMERO DE UNIDADES DE REHUS	8
EXISTENTES EN LOS MINISTERIOS DE SALUD	8
Nivel de las unidades de REHUS en la estructura de los Ministerios de Salud	11
Unidades de Gestión de Recursos Humanos existentes	13
dentro de los Ministerios de Salud	13
Tiempo de existencia en años de las Unidades de Recursos Humanos en su	15
organización y funciones actuales, según países	15
Funciones que realizan las Unidades de REHUS	18
Unidades que cuentan con Reglamento de Organización y	21
Funciones o norma similar	21
Niveles con los que cuentan las unidades de REHUS	23
Número y tipo de áreas existentes en las unidades de REHUS	24
Número de trabajadores de las unidades según tipo	27
Número de trabajadores según nivel de especialización	30
Convenios suscritos entre las unidades de REHUS y los	39
organismos de cooperación internacional	39
Alcance de la gestión de las unidades	41
Nivel de participación de la Unidad en instancias de concertación	42
y/o coordinación entre el Estado y Sociedad Civil	42
Niveles de articulación y concertación con gremios	44
y prestadores de servicios	44
Instrumentos de gestión con que cuenta la unidad	47
Unidades que cuentan con sistema de información	49
en recursos humanos	49

Autocalificación sobre la implementación de sistema de incentivos (1: Poco avance, 5: Avance destacado)	51
Temas debatidos en políticas de RRHH durante el.....	53
último año en el sector salud.....	53
Relación de instrumentos de recolección	79
de información enviados	79

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Número de Unidades de REHUS existentes en los Ministerios de Salud	10
Gráfico 2.	Unidades de REHUS según nivel de decisión en el Ministerio de Salud	11
Gráfico 3.	Tiempo de existencia en años de las Unidades de Recursos Humanos en su organización y funciones actual, según países	16
Gráfico 4.	Tipos de Unidades según funciones diferenciadas o superpuestas.....	20
Gráfico 5.	Total de personal en las Unidades de REHUS.....	26
Gráfico 6.	Porcentaje de trabajadores de la Unidad contratados por tiempo indefinido y con beneficios sociales.....	28
Gráfico 7.	Porcentaje de personal con algún nivel de especialización	29
Gráfico 8.	Número de cursos organizados por las unidades en los últimos dos años	31
Gráfico 9.	Número de directores de la unidad de REHUS en los últimos 5 años	32
Gráfico 10.	Años de experiencia del director de la unidad en el tema de recursos humanos	33
Gráfico 11.	Número de oficinas con que cuentan las unidades de REHUS	34
Gráfico 12.	Nivel de adecuación del espacio en que funciona la unidad con respecto a la cantidad de personal y tareas	35
Gráfico 13.	Nivel de déficit de equipos informáticos (trabajadores/equipo)	36
Gráfico 14.	Número de equipos informáticos con que cuentan las unidades	37
Gráfico 15.	Unidades de REHUS con presupuestos mayores a 3 millones de dólares americanos, 2005-2007	38
Gráfico 16.	Unidades de REHUS con presupuestos menores a 3 millones de dólares americanos, 2005-2007	39
Gráfico 17.	Utilización de planificación y herramientas estratégicas en las unidades	45

INTRODUCCIÓN

El proceso de construcción de gobernanza en el campo de los recursos humanos, se ha ido renovando en los últimos tiempos, con una mayor precisión en la definición de la misión o naturaleza del trabajo en este campo, que se expresa en una mayor diferenciación y priorización de las “funciones estratégicas de recursos humanos”, igual que con la construcción de la visión explicitada en el Plan Decenal y los Cinco Objetivos consensuados en la reunión de Toronto.

Entendiendo esta nueva realidad, en los últimos años los países de la Región de las Américas y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han realizado un esfuerzo conjunto para incluir a los recursos humanos en salud, como eje central del desarrollo de los sistemas de salud y ponerlos en la agenda internacional de salud pública.

Este esfuerzo ha dado lugar al surgimiento de algunos cuestionamientos alrededor de la capacidad institucional y sectorial para liderar el desarrollo de recursos humanos, desde los ámbitos nacionales. Este estudio, iniciado en marzo del 2007, responde a la necesidad de contar con un diagnóstico del perfil de las unidades de recursos humanos de los Ministerios de Salud, que analice las capacidades institucionales claves para avanzar hacia un nuevo estadio en el desarrollo de los recursos humanos en salud en Región.

Para avanzar hacia este nuevo estadio, es imprescindible conocer los puntos de partida nacionales, las capacidades existentes y los requerimientos para su fortalecimiento, en los aspectos medulares del sistema. Nos referimos al elemento estructural básico para su desarrollo: la capacidad e institucionalidad de los recursos humanos encargados de la gestión de los recursos humanos en salud, que genéricamente se denominan unidades de recursos humanos en salud (en adelante REHUS).

Al analizar el panorama Regional en este campo, destaca la escasa información y sistematización sobre:

- La ubicación institucional de las unidades de recursos humanos.
- El funcionamiento de las unidades de recursos humanos.
- La dotación de recursos financieros y humanos necesarios para el cumplimiento de sus funciones.
- Organigramas de las unidades de recursos humanos.
- Remuneración y condiciones laborales del personal que trabaja en estas unidades.
- Concordancia entre procesos internos y objetivos.
- Análisis de impacto en la calidad de los recursos humanos de los países y su evolución.

El presente estudio es el inicio de un proceso de investigación, definición de acciones y cooperación con y entre los países de la Región. El estudio incluyó los siguientes países: Belice, Brasil, Bolivia, Canadá, Colombia, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad Tobago, Uruguay y Venezuela.

Su finalidad es contribuir al proceso de transformación de la situación actual de las unidades de recursos humanos, en el entendido de que esta acción es un punto de partida para el desarrollo de los sistemas de salud. Se considera que la reflexión realizada por los directores de las unidades de recursos humanos, implica admitir cierta paradoja, pues el objeto del estudio está constituido por los propios actores responsables de los recursos humanos en los sistemas de salud, por lo tanto el sujeto que analiza es al mismo tiempo el objeto de investigación o análisis.

Sobre este punto, resulta significativo mencionar que este estudio revela que no existe casi ninguna recomendación que los especialistas y directores de recursos humanos hayan planteado para los sistemas y servicios de salud, que no sea aplicable, a la vez, a las unidades de recursos humanos. Esto refuerza la hipótesis de que la tarea de fortalecimiento de las capacidades institucionales para el desarrollo de recursos humanos, también incluye a los propios encargados de llevarlas a cabo.

▪ Metodología

Los objetivos que guiaron el presente diagnóstico están relacionados con la utilidad de la información resultante y la posibilidad de replicar su metodología e instrumentos en otros estudios adaptados a situaciones particulares. Sus objetivos fueron los siguientes:

- a) Realizar una caracterización diferenciada de los perfiles de las unidades de recursos humanos de los Ministerios de Salud de la Región, que permita captar las fortalezas y necesidades de las mismas.
- b) Diseñar una metodología de diagnóstico rápido de las unidades de recursos humanos, para su uso posterior en otros estudios similares.

El diseño de la metodología e instrumentos fue producto principalmente de dos talleres, el primero realizado en Washington (abril 2007), y el segundo en Brasilia (mayo 2007). En la realización de este estudio, adicionalmente han participado y colaborado los responsables de recursos humanos de la OPS, los responsables subregionales de REHUS de la OPS, los directores de las unidades de REHUS de los países e integrantes de países cooperantes, como Brasil y Canadá, todos los cuales apoyaron en el desarrollo y aplicación de los instrumentos en reuniones subregionales, en el seguimiento de los informantes claves por país y en la centralización de la información en la sede central de la OPS en Washington, antes de su sistematización y análisis en Lima.

El proceso metodológico para el desarrollo de este estudio comprendió cuatro pasos, los cuales han marcado el procedimiento que deberá replicarse en futuras oportunidades¹:

1. Diseño básico del estudio, que comprendió la elaboración de la matriz de variables e indicadores de la investigación y la formulación del plan de trabajo y los instrumentos de recolección de información.
2. Revisión de los instrumentos en talleres y planificación del proceso regional de recolección de información.
3. Recolección de información en los países de las Américas, lo que supuso la coordinación y seguimiento de alrededor de 25 funcionarios y otros tantos directores involucrados en las reuniones subregionales de recursos humanos y en los países consultados.
4. Procesamiento de la información y el análisis de información. Finalmente, el quinto paso es la presentación de resultados y discusión de los mismos en el Seminario Internacional

¹ En el Anexo No. 2 se detalla cada uno de los pasos metodológicos seguidos.

de Directores Nacionales de Recursos Humanos, llevado a cabo en Brasilia entre el 18 y 20 de septiembre del 2007.

1. LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LAS UNIDADES DE RECURSOS HUMANOS.

En este apartado presentamos los resultados del estudio en relación con el número de unidades de gestión de recursos humanos por país, las funciones que cubren, la institucionalización de su estructura y funciones y su organización interna.

Del total de países que respondieron a los cuestionarios (17), seis países tienen una sola unidad y los 11 países restantes tienen una situación de rectoría compartida entre varias unidades.

Según los datos proporcionados por los responsables y puntos focales de OPS en REHUS, existen ocho Ministerios de Salud con una sola unidad de REHUS (Belice, Chile, Colombia, Ecuador, Nicaragua, Panamá, República Dominicana y Trinidad y Tobago), seis países en los que existen dos unidades de nivel central (Brasil, Guatemala, Honduras, Perú, Uruguay y Venezuela), dos países con tres unidades (Bolivia y Canadá) y un país con seis unidades (Paraguay).

NÚMERO DE UNIDADES DE REHUS EXISTENTES EN LOS MINISTERIOS DE SALUD

PAÍSES	Nº DE UNIDADES	NOMBRES DE LAS UNIDADES
Belice	1	En proceso de formación.
Bolivia	3	Unidad de Recursos Humanos.
		Área del Talento Humano.
		Escuela Nacional de Salud.
Brasil	2	Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud del Ministerio de Saúde.
		Coordinación General de Recursos Humanos del Ministerio de Saúde.
Canadá	3	Health Human Resources Strategies Division.
		Human Resource Services Directorate.
		Treasury Board.
Chile	1	División de Gestión del Desarrollo de la Persona.
Colombia	1	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos, del Viceministerio Técnico del Ministerio de Protección Social.
Guatemala	2	Dirección General de Recursos Humanos.
		Gerencia de Recursos Humanos (en implementación).
Ecuador*	1	Proceso de Gestión de Recursos Humanos.
Nicaragua	1	División General de Recursos Humanos.
Honduras	2	Departamento de Desarrollo de REHUS.
		Subgerencia de REHUS.
Perú	2	Dirección Sectorial III RHUS ex IDREH.
		Oficina General de Gestión de RHUS.

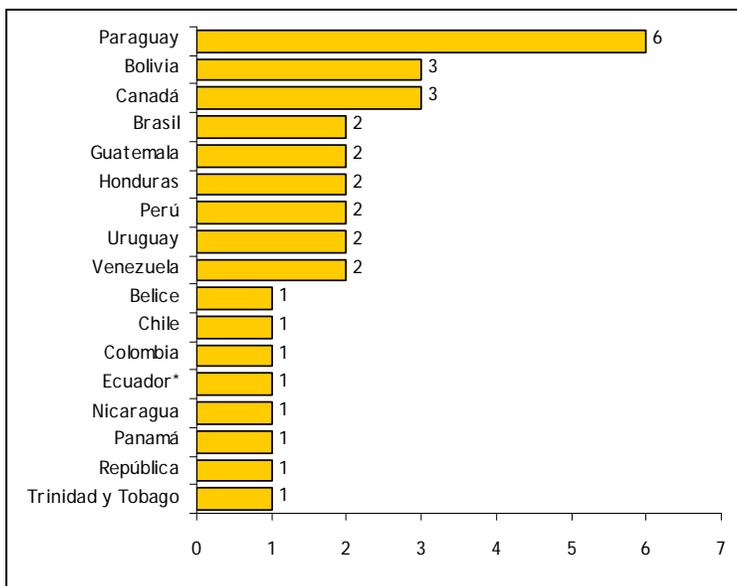
PAÍSES	N°DE UNIDADES	NOMBRES DE LAS UNIDADES
Panamá	1	Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos.
Paraguay	6	Dirección General de Recursos Humanos (DGRH).
		Instituto Nacional de Salud.
		Dirección de enfermería (DE).
		Dirección de Obstetricia.
		Departamento de Registro y Control de Profesiones.
		Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREM).
República Dominicana **	1	Dirección General de RRHH.
Trinidad y Tobago	1	Human Resource Unit.
Uruguay	2	División de Recursos Humanos (RR HH) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).
		Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública.
Venezuela	2	Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo.
		Dirección General Sectorial de Recursos Humanos.

* En total, Ecuador informa tener 26 unidades, 1 unidad central, 22 descentralizadas en 22 provincias y 3 en Guayaquil (Unidad de Recursos Humanos en la Subsecretaría Costa Insular y Unidades de Recursos Humanos del INH y SNEM). Se ha considerado sólo la central.

** La República Dominicana informa la existencia de 32 unidades de recursos humanos, 1 unidad del nivel central, 9 descentralizadas de nivel regional, 21 pertenecientes a hospitales y 1 unidad de recursos humanos de las Redes de Servicios Regionales de Salud. Se ha considerado sólo la central.

Fuente: Encuesta Regional OPS, Julio 2007.

Gráfico 1. **Número de unidades de REHUS existentes en los Ministerios de Salud**

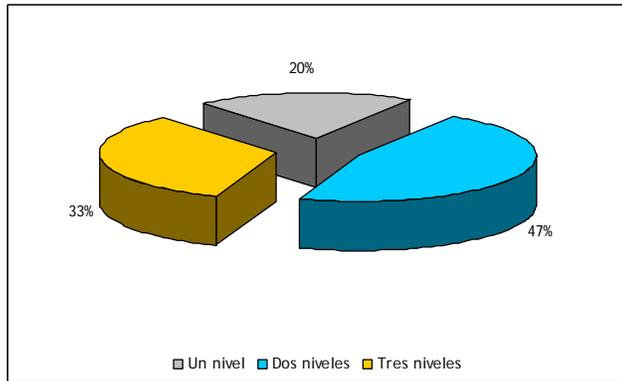


Fuente: Encuesta Regional OPS, Julio 2007.

1.2 Sobre el nivel de las unidades de recursos humanos en los organigramas

De los 15 países que reportaron información en este tema, sólo cuatro (Brasil, Canadá, Nicaragua y Trinidad y Tobago) tienen unidades en el primer nivel de las estructuras de sus respectivos ministerios, lo cual es un indicador de la importancia otorgada al tema de recursos humanos en dichos países. Seis países tienen sus unidades en el segundo nivel (Colombia, Guatemala, Ecuador, Panamá, Perú y República Dominicana), y cinco países tienen sus unidades en el tercer nivel (Bolivia Honduras, Paraguay, Uruguay y Venezuela).

Gráfico 2. Unidades de REHUS según nivel de decisión en el Ministerio de Salud



Fuente: Encuesta Regional OPS, Julio 2007.

Dado que los 15 países reportaron 31 unidades de REHUS, hay países que tienen unidades en varios niveles, considerándose distintivo del país el máximo nivel alcanzado por alguna de sus unidades, en particular la unidad central. Se dan casos especiales en que la unidad central tiene menos nivel que alguna otra. Bolivia tiene tres unidades, estando el Área del Talento Humano en el segundo nivel ministerial y la unidad de recursos humanos en el tercer nivel. Canadá tiene tres unidades, dos de segundo nivel y una de primer nivel. Paraguay ha reportado seis entidades en la rectoría del campo, estando la Dirección General de Recursos Humanos en el tercer nivel y las Direcciones de Enfermería y Obstetricia, en el segundo nivel.

Nivel de las unidades de REHUS en la estructura de los Ministerios de Salud

Países	Unidades	Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer nivel
Belice	En proceso de formación.	--	--	--
Bolivia	Unidad de Recursos Humanos.			X
	Área del Talento Humano.		X	
	Escuela Nacional de Salud.			X
Brasil	Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud.	X		
	Coordenação de Gestão do trabalho em saúde.		X	
Canadá	Health Human Resources Strategies Division.		X	
	Human Resource Services Directorate.		X	
	Treasury Board.	X		
Colombia	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos.		X	

Países	Unidades	Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer nivel
Guatemala	Dirección General de Recursos Humanos.		X	
	Gerencia de Recursos Humanos (en implementación).			5to nivel
Ecuador	Proceso de Gestión de Recursos Humanos.		x	
Nicaragua	División General de Recursos Humanos.	X		
Honduras	Departamento de Desarrollo de REHUS.			X
	Subgerencia de REHUS.			X
Panamá	Dirección de Desarrollo Integral de Recursos.		X	
Perú	Dirección Sectorial III RHUS (ex IDREH).		X	
	Oficina General de Gestión de RHUS.		X	
Paraguay	Dirección General de Recursos Humanos (DGRH).			X
	Dirección de Enfermería.		X	X
	Dirección de Obstetricia.		X	X
	Instituto Nacional de Salud.		x	
	Departamento de Registro y control de profesiones y registro.			X
	Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREM).			X
República Dominicana	Dirección General de Recursos Humanos.		X	
Trinidad y Tobago	Human Resource Unit.	X		
Uruguay	Dirección de RRHH de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).			X
	Dirección de RRHH del MSP.			X
Venezuela	Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo.			X
	Dirección General sectorial de Recursos Humanos.			X

Fuente: Encuesta Regional OPS, Instrumento 1: Cuestionario para el consultor o punto focal de Recursos Humanos de la OPS/OMS

De otro lado, de las 31 unidades reportadas, cuatro se encuentran en el primer nivel de las estructuras ministeriales, 13 en el segundo nivel y 14 en el tercer nivel.

1.3 Sobre la creación de las unidades de recursos humanos

Sobre el proceso general de creación de las Unidades de Recursos Humanos en Salud en los Ministerios de Salud de los diferentes países de ALC, los resultados de la encuesta regional ratifican que éstas nacen como una diferenciación de la función de administración de personal.

La trayectoria clásica de las unidades suele tener dos etapas: comenzaron siendo una estructura diferenciada dentro de las oficinas generales de administración, las oficinas de personal, y finalmente evolucionaron, en la mayoría de casos, hacia dos tipos de unidades con funciones delimitadas, las de administración de personal y las de desarrollo de recursos humanos. Sólo en un número menor de países existe una sola unidad.

La información enviada por las unidades de recursos humanos de 16 países, revela cierta correspondencia entre los ciclos de reforma y las olas de creación y reestructuraciones de las unidades de REHUS en ALC.

En general, se distinguen tres etapas en la evolución de las unidades de recursos humanos en ALC. La primera etapa, de creación y desarrollo de las oficinas de personal o sus equivalentes, se inscribe en el contexto de desarrollo del modelo burocrático en las administraciones públicas latinoamericanas. La segunda etapa, durante los 90, se caracteriza por la pérdida de importancia de las unidades de recursos humanos, en consonancia con la evasión de la problemática de recursos humanos durante la ola de reformas de esa década. Y, la tercera etapa, que viene desde fines de los 90 hasta la actualidad, se caracteriza por el relanzamiento del tema y la reestructuración de las unidades de recursos humanos.

De 14 países que respondieron la pregunta sobre cuántos años tienen las unidades bajo su actual denominación y estructura, seis de ellos (Panamá, Paraguay, Trinidad y Tobago, Venezuela, Nicaragua y Guatemala) indicaron fechas entre 1994 y 1999, mientras que otros ocho (Brasil, Colombia, Canadá, República Dominicana, Bolivia, Uruguay, Perú y Belice) indicaron fechas que van del 2003 a la actualidad. Del conjunto de países, seis han experimentado reestructuraciones o actualizaciones de sus normas organizativas en los últimos tres años, y diez países tienen documentos normativos sobre su organización, formulados y aprobados desde el año 2000 en adelante, lo que refleja cierta tendencia regional a la reestructuración de las unidades de recursos humanos. Incluso hay dos países (Perú y Belice) que están en plena transición y sus reglamentos de organización están por definirse, por lo que su información cambiará en corto plazo.

**Unidades de Gestión de Recursos Humanos existentes
dentro de los Ministerios de Salud**

Países	Unidades o Estructuras de Recursos dentro del Ministerio	Ubicación de las unidades	Ley/normativa con que fue creada la Unidad o Estructura
Belice	En proceso de formación		
Bolivia	Unidad de Recursos Humanos	Ministerio de Salud y Deporte	Decreto Supremo 28631 de 8 de marzo de 2006
	Área del Talento Humano	Unidad de Planificación del Ministerio de Salud y Deporte	Decreto que reglamenta la Ley 3351
	Escuela Nacional de Salud	Unidad desconcentrada del Ministerio de Salud y Deporte	Ley de Organización del Poder Ejecutivo (LOPE), artículo 25.
Brasil	Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud	Ministério da Saúde	Decreto nº4.726 (09/06/2003), revogado pelos decretos: nº5.841 (13/07/2006) y nº5.974 (29/11/2006).

Países	Unidades o Estructuras de Recursos dentro del Ministerio	Ubicación de las unidades	Ley/normativa con que fue creada la Unidad o Estructura
Canadá	Health Human Resources Strategies Division (i.e. health human resource planning/coordination functions)	Health Policy Branch, Health Canada	Canada Health Act; First Ministers' Health Accords (2001 and 2003)
	Human Resource Services Directorate (i.e. personnel management)	Corporate Services Branch, Health Canada	Public Service Modernization Act – (Nov. 2003) and Public Service Employment Act (Dec. 2005)
	Treasury Board unit re. Labour Relations, Collective Agreements, Rates of Pay	Treasury Board, Government of Canada ²	Public Service Staff Relations Act; Financial Administration Act
Colombia	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos	Vice-Ministerio Técnico del Ministerio de Protección Social	Resolución No. 002 de 2003 del Ministerio de Protección Social
Guatemala	Dirección General de Recursos Humanos	Despacho Ministerial de Salud	Acuerdo Gubernativo 115-99 1990.
	Gerencia de Recursos Humanos (en implementación)	Direcciones de Área de Salud	De reciente implementación dentro del modelo de Gestión en el marco del proyecto ASDI
Ecuador	Proceso de Gestión de Recursos Humanos	Planta Central del Ministerio de Salud Pública	1967 con la creación del Ministerio de Salud Pública
Nicaragua	División General de Recursos Humanos	Ministerio de Salud de Nicaragua	1996
Honduras	Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud	Subsecretaría de Política Sectorial y Desarrollo Institucional	1972
	Subgerencia de REHUS	Gerencia Administrativa de la Secretaría de Estado	DND
Panamá	Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos	Ministerio de Salud	Resolución No. 276 de 9 de julio de 1998
Perú	Dirección Sectorial III RHUS (ex IDREH)	Planta Central del Ministerio de Salud	DS N° 003-2007- SA
	Oficina General de Gestión de REHUS	Planta Central del Ministerio de Salud	N° 27657 Ley del Ministerio de Salud
Paraguay	Dirección General de Recursos Humanos (DGRH)	Gabinete del Ministerio de Salud	DND
	Instituto Nacional de Salud	Nivel Central	Res. SG 41/94

² Treasury Board is the employer of record for all federal public servants, and conducts all labour negotiations with public service unions and professional associations.

Países	Unidades o Estructuras de Recursos dentro del Ministerio	Ubicación de las unidades	Ley/normativa con que fue creada la Unidad o Estructura
	Departamento de Registro y Control de Profesiones	Dirección General de Servicio de Salud	Resolución 1993
República Dominicana	Dirección General de Recursos Humanos	Nivel Central	Normativa de la Oficina de Administración de Personal (ONAP)
Trinidad y Tobago	Human Resource Unit	Main secretariat is within Headquarters Office of Ministry of Health	DND
Uruguay	División de Recursos Humanos (RR HH) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)	Administración de Servicios de Salud del Estado.	En proceso de reformulación
	Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública	Dirección General de Secretaría	En proceso de reformulación
Venezuela	Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo	Vice-Ministerio de Servicios de Salud	Gaceta Oficial N°35397 del 07/02/1994, Resolución G-1932 del 27/01/1994. Actualizada por Decreto 5077 del 22/12/2006, Gaceta 38591 del 26/12/2006
	Dirección General Sectorial de Recursos Humanos	Despacho del Ministerio del Poder Popular para la Salud	No dispone.

Fuente: Encuesta Regional OPS, Instrumento 1: Cuestionario para el consultor o punto focal de recursos humanos de la OPS/OMS, julio 2007.

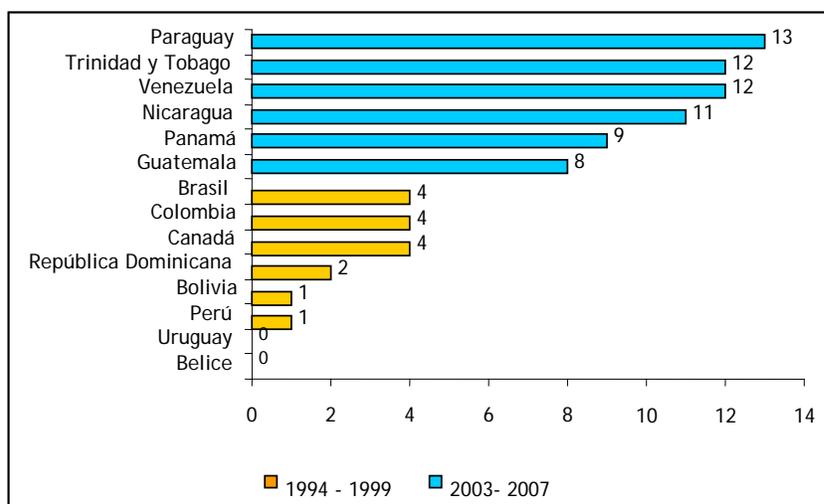
Tiempo de existencia en años de las Unidades de Recursos Humanos en su organización y funciones actuales, según países

Países	Unidad de Recursos Humanos	Tiempo de existencia de la Unidad en años	Año de creación de la Unidad
Paraguay	Instituto Nacional de Salud	13	1994
Trinidad y Tobago	Unidad de Recursos Humanos	12	1995
Venezuela	Dirección de Educación e Investigación y Desarrollo	12	1995
Nicaragua	División General de Recursos Humanos	11	1996
Guatemala	Dirección General de Recursos Humanos	8	1999
Brasil	Secretaría de Gestión del Trabajo y la Educación en Salud	4	2003
Colombia	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos	4	2003
Canadá	Health Human Resource Strategies Division	4	2003

República Dominicana	Dirección General de Recursos Humanos	2	2005
Bolivia	Unidad de Recursos Humanos	1	2006
Uruguay	División Recursos Humanos de la Administración de Servicios de Salud del Estado.	0	2007
Perú	Dirección Sectorial III RHUS (ex IDREH)	1	2007
Belice	En proceso de formación	0	2007

Fuente: Instrumento 1: Cuestionario para el consultor o punto focal de recursos humanos de la OPS/OMS

Gráfico 3. **Tiempo de existencia en años de las Unidades de Recursos Humanos en su organización y funciones actual, según países**



Fuente: Instrumento 1: Cuestionario para el consultor o punto focal de Recursos Humanos de la OPS/OMS

1.4 Sobre las funciones de las unidades

De los 16 países que respondieron a la pregunta sobre las funciones de las unidades de gestión de recursos humanos, se encontró la siguiente situación: 1) Los que no tienen el problema de la superposición de funciones por tener una sola unidad de REHUS; 2) los que tienen dos unidades pero con funciones bien delimitadas, por lo que no existe superposición; y 3) los Ministerios de Salud que tienen varias unidades con yuxtaposición de funciones.

El primer grupo de países (cinco) son aquellos con unidades centralizadas o únicas de recursos humanos. Es el caso de Colombia (con una Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos ubicada, creada en el 2003 en el Vice-Ministerio Técnico del Ministerio de Protección Social), Ecuador (con una Unidad de Proceso de Gestión de REHUS en el nivel central del MINSA, y unidades desconcentradas en cada provincia), Nicaragua (con la División General de REHUS), República Dominicana (Dirección General de Recursos Humanos), y Panamá (Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos) y Trinidad y Tobago (Human Resources Unit).

El segundo grupo de países (cinco) se caracteriza por la existencia de dos unidades pero con funciones diferentes. Es el caso de Brasil (SEGTES y Coordinación General de REHUS, bien diferenciadas), Honduras (Departamento de Desarrollo de REHUS y SubGerencia de REHUS, de carácter administrativo), Perú (ex IDREH, con las funciones de regulación y formación, y la Oficina de Gestión de Recursos Humanos, con la función de administración), Uruguay (con la Dirección de REHUS del ASSE y la Dirección de REHUS del Ministerio de Salud), y Venezuela (con una Dirección de Educación e Investigación y una Dirección General Sectorial de REHUS).

Hay también, sin embargo, un último grupo de países (cuatro), con situaciones de rectoría compartida y superpuesta en el campo de recursos humanos, con varias unidades de gestión y sin una delimitación precisa de sus funciones. Al lado de la unidad formalmente rectora suelen existir no sólo el área de administración de personal, algo común en ALC, sino además otras unidades o instituciones encargadas de funciones yuxtapuestas. Es el caso de Bolivia en donde existe la Unidad Central, pero a la vez una Área del Talento Humano y la Escuela Nacional de Salud con funciones compartidas; de Guatemala, con su Dirección General de REHUS y la Gerencia de REHUS, con funciones compartidas en la formulación de normativa y en el campo de la formación; también el caso de Paraguay, en que coexisten la Dirección General de Recursos Humanos, el Instituto Nacional de Salud y el Departamento de Registro y Control de Profesiones, además de las Direcciones de Enfermería y Obstetricia. En el caso de Canadá existen dos funciones compartidas entre sus tres unidades.

En general, la falta de una definición clara de las funciones genera duplicidades e impasses que repercuten en la eficiencia y efectividad de las diferentes unidades. Un diseño confuso de las áreas o departamentos al interior de las unidades tiene el mismo efecto que un diseño impreciso de las tareas de las diferentes unidades de recursos humanos en un mismo Ministerio de Salud. Se necesita en ambos casos balancear correctamente la especialización o división del trabajo, con la coordinación y definición de niveles de supervisión, ambas, dimensiones de la racionalización de las estructuras.

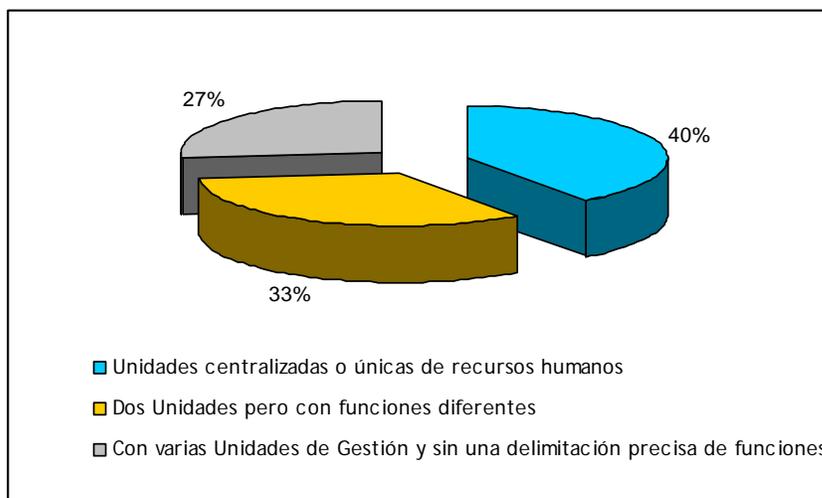
Por último, las denominaciones de las unidades de alguna manera denotan también los enfoques vigentes acerca de los recursos humanos. La denominación de más uso en el continente es la de Dirección o División General de Recursos Humanos en Salud (nueve países). Las denominadas Oficinas de Personal se han dedicado a los temas administrativos mientras que, tras el término "recurso humano", se ha utilizado el enfoque post-burocrático de desarrollo de los recursos humanos. Hay sin embargo múltiples excepciones: Brasil, que utiliza la denominación de Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud; Colombia, que ha denominado a su unidad como Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos; Bolivia, que es un caso particular en cuanto a la denominación de estas unidades pues la Unidad de Recursos Humanos ve las funciones de personal y el "Área del Talento Humano" se encarga de la formación y capacidades; y finalmente Venezuela, también un caso particular pues la Dirección General Sectorial de Recursos Humanos se encarga de las funciones de personal y la Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo de la regulación de la formación e investigación. En el caso del Perú, el nombre planteado para continuar con las funciones del anterior Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos es el de Dirección General de Recursos Humanos, siendo la denominación actual de Dirección Sectorial III, provisional, mientras se emite el nuevo Reglamento de Organización y Funciones.

Países	Funciones que realizan las Unidades de REHUS Unidades	Formulación de Políticas	Formulación de Documentos Normativos de menor jerarquía: planes, normas, reglamentos, etc.	Regulación de la Formación y Capacitación de Recursos Humanos	Regulación de la Gestión del Trabajo	Implementación de las políticas de personal (planillas, cesantías, vacaciones, etc.)
Bolivia	Unidad de Recursos Humanos		X	X	X	X
	Área del Talento Humano	X		X		
	Escuela Nacional de Salud		X	X	X	
Brasil	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	X	X	X	X	
	Coordenação de Gestão do trabalho em saúde					X
Canadá	Health Human Resources Strategies Division	X	X	X		
	Human Resource Services Directorate			X		X
	Treasury Board	X			X	
Colombia	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos	X	X	X		
Chile	División de Gestión del Desarrollo de la Persona	X	X	X		
Guatemala	Dirección General de Recursos Humanos	X	X	X	X	X
	Gerencia de Recursos Humanos (en implementación)		X			X
Ecuador	Proceso de Gestión de Recursos Humanos	X	X	X	X	
Nicaragua	División General de Recursos Humanos	X	X	X	X	X
Honduras	Departamento de Desarrollo de REHUS	X	X			
	Subgerencia de REHUS				X	X
Panamá	Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos		X	X	X	X
Perú	Dirección Sectorial III	X	X	X	X	

Países	Funciones que realizan las Unidades de REHUS	Formulación de Políticas	Formulación de Documentos Normativos de menor jerarquía: planes, normas, reglamentos, etc.	Regulación de la Formación y Capacitación de Recursos Humanos	Regulación de la Gestión del Trabajo	Implementación de las políticas de personal (planillas, cesantías, vacaciones, etc.)
	RHUS (ex IDREH)					
	Oficina General de Gestión de RHUS		X			X
Paraguay	Dirección General de Recursos Humanos (DGRH)	X	X		X	X
República Dominicana	Dirección General de RRHH	X	X	X	X	X
Trinidad y Tobago	Human Resource Unit	X	X	X	X	X
Uruguay	División de Recursos Humanos de la Administración de Servicios de Salud del Estado	X	X		X	X
	Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública		X		X	X
Venezuela	Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo	X	X	X		
	Dirección General Sectorial de Recursos Humanos				X	X

Fuente: Instrumento 1: Cuestionario para el consultor o punto focal de Recursos Humanos de la OPS/OMS

Gráfico 4. Tipos de unidades según funciones diferenciadas o superpuestas



Fuente: En encuesta Regional OPS, Instrumento 1: Cuestionario para el consultor o punto focal de recursos humanos de la OPS/OMS, julio 2007.

1.5 Sobre la institucionalización de las estructuras y funciones

En todos los casos hay una normatividad que respalda la estructura y funciones de las unidades de recursos humanos. Estas normas tienen diferentes nombres y son de diferente tipo. En cinco países se trata de manuales de organización y funciones (Bolivia, Guatemala, Ecuador, Nicaragua y República Dominicana), pero también suelen ser reglamentos (Paraguay, Panamá y Perú), resoluciones (Colombia y Venezuela) o incluso leyes (Brasil). En este último país el respaldo normativo a la estructura y funciones de la unidad es del más alto nivel legislativo.

De los 16 países que contestaron la encuesta, seis han tenido procesos de reestructuración o actualización de sus normas organizativas en los últimos tres años y diez países tienen documentos normativos sobre su organización, formulados y aprobados desde el año 2000 en adelante, lo que refleja cierta tendencia regional a la reestructuración de las unidades de recursos humanos. Honduras es el único país con una normatividad antigua no actualizada, que proviene de 1975, si bien en estos meses se está rediscutiendo el tema.

Unidades que cuentan con Reglamento de Organización y Funciones o norma similar

Países	Unidades	Cuenta con Reglamento de Organización y funciones (ROF) o similar	Nombre del documento	Año en que se emitió el Reglamento	Ha sido actualizado	Año de la última actualización
Belice	En proceso de formación					
Bolivia	Unidad de Recursos Humanos	Sí	Manual de Organización y Funciones	2000	No	
Brasil	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	Sí	Ley 10683	2003	Sí	2006
Canadá	Health Human Resources Strategies Division	Sí				
Colombia	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos	Sí	Resolución 02/2003	2003	No	
Guatemala	Dirección General de Recursos Humanos	Sí	Manual de Organización	2004	Sí	2007
Ecuador	Dirección de Gestión de Recursos Humanos	Sí	Manual de Organización	2003	No	
Nicaragua	División General de Recursos Humanos	Sí	Manual de Organización y Funciones del Ministerio de Salud	2006	No	
Honduras	Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud	Sí	Se encuentra obsoleto	1972	Sí	1975
Paraguay	Instituto Nacional de Salud	Sí	Reglamento Académico	2006	Sí	2006
Panamá	Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos	Sí	Reglamento	1998	Sí	2005
Perú	Dirección Sectorial III Recursos Humanos en Salud (ex IDREH)	Si	ROF del IDREH	2003	Si	2007
República Dominicana	Dirección General de Recursos Humanos	Sí	Manual para la organización de las Oficinas de RRHH	2006	No	
Trinidad y Tobago	Human Resource Unit	Sí	Directrices para la Administración de Funciones Delegadas	1998	Sí	

Países	Unidades	Cuenta con Reglamento de Organización y funciones (ROF) o similar	Nombre del documento	Año en que se emitió el Reglamento	Ha sido actualizado	Año de la última actualización
Uruguay	División de Recursos Humanos de la ASSE	Sí	Proyecto de Reestructuración	2007	No	
Venezuela	Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo	Sí	Gaceta Oficial N° 35397/07/02/94 Resolución G-1932 del 27-01-94	1994	Sí	2006

Fuente: Instrumento 1: Cuestionario para el consultor o punto focal de Recursos Humanos de la OPS/OMS

La encuesta encontró también países en plena redefinición de sus organigramas y ubicaciones institucionales: los casos de Belice, Honduras y Perú. En el caso de Belice no se pudo obtener información porque está en proceso de formación la unidad de recursos humanos. En el caso de Honduras, el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos está siendo trasladado hacia la Subsecretaría de Políticas Sectoriales y Desarrollo Institucional, estando planteada su elevación de Departamento a Dirección General de Recursos Humanos. El Ministerio tiene tres Subsecretarías o Viceministerios, fruto de una reorganización realizada en el año 2004. La Subsecretaría de Políticas Sectoriales y Desarrollo Institucional no tiene actualmente dependencias a su cargo, por lo que el traslado del Departamento lo constituiría en su primer encargo temático específico. En el caso del Perú, en febrero del 2007, se dispuso una política general de reforma del Estado tendiente a fusionar los organismos públicos descentralizados – que eran 86 - en sus ministerios de origen, lo que significó que el ex Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), creado el año 2002, desapareciera y se proponga un nuevo reglamento de organización, en donde se plantea que se constituya en una Dirección General de Recursos Humanos en el MINSA. En esta transición funciona como Dirección Sectorial III, que indica su posición en el organigrama ministerial.

1.6 Sobre los niveles en la estructura interna de las unidades centrales

La información revela que cinco países tienen unidades centrales de REHUS con un solo nivel por debajo de sus jefaturas (Brasil, Canadá, Colombia, Ecuador y Honduras), otros cinco países tienen dos niveles jerárquicos organizados por debajo de sus directores (Guatemala, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Uruguay), y cuatro países más tienen tres niveles de toma de decisiones al interior de las unidades de REHUS (Bolivia, Paraguay, Trinidad y Tobago y Venezuela).

La mayor o menor diversificación hacia abajo no expresa necesariamente un mayor o menor desarrollo de las unidades. Como podemos apreciar, hay países con varios niveles de jerarquía al interior de sus unidades y sin embargo tienen una alta superposición de funciones. La complejidad de las unidades en cuanto a su estructura interna no es equivalente de una mayor o menor especialización del trabajo en el campo de recursos humanos, siendo a veces expresión de déficit de racionalización.

Niveles con los que cuentan las unidades de REHUS

Países	Unidades	Unidades que cuentan con organigrama normado	Niveles con los que cuentan las unidades		
			Un nivel	Dos niveles	Tres niveles
Belice	En proceso de formación				
Bolivia	Unidad de Recursos Humanos	X			X
Brasil	Secretaria de Gestao del Trabajo y de la Educación en Saúde	x	x		
Canadá	Health Human Resources Strategies Division	X	X		
Colombia	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos	X	X		
Guatemala	Dirección General de Recursos Humanos	X		X	
Ecuador	Dirección de Gestión de Recursos Humanos	X	X		
Nicaragua	División General de Recursos Humanos	X		X	
Honduras	Departamento de Desarrollo de REHUS	X	X		
Perú	Dirección Sectorial III RHUS (ex IDREH)	Nuevo ROF en proceso		X	
Paraguay	Instituto Nacional de Salud	X			X
República Dominicana	Dirección General de RRHH	X		X	
Trinidad y Tobago	Human Resource Unit	X			X
Uruguay	Dirección de RRHH de la ASSE	X		X	
Venezuela	Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo	X			X

Fuente: Encuesta Regional OPS, Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los ministerios de salud, julio del 2007.

1.7 Sobre las áreas o departamentos en las unidades centrales

En general, las unidades centrales de REHUS tienen dos o tres áreas o departamentos, siendo la excepción Panamá, con cinco subunidades. Resulta relevante analizar las subfunciones asignadas a cada una de ellas, expresadas de algún modo en sus denominaciones, para entrever la diferenciación y superposición de funciones.

- En el caso de Bolivia, la Unidad de Recursos Humanos tiene tres áreas dedicadas respectivamente a la administración de personal, las remuneraciones y la acreditación profesional, esto es al revés de lo común en el continente. Esta unidad es la Oficina de Personal del Ministerio, mientras el Área del Talento Humano se encarga de la formación y desarrollo de capacidades.
- En Brasil, la Secretaría tiene dos departamentos: el de Gestión y Regulación del Trabajo y el de Gestión de la Educación en Salud.
- En Colombia, la Dirección General tiene tres grupos, uno encargado de recursos humanos, otro de capacitación y uno último, de las instituciones.

- En Guatemala, la Dirección General de Recursos Humanos tiene también tres áreas que se dedican a formación, otra a capacitación y la última a la administración de personal. Está en implementación una nueva Gerencia de Recursos Humanos que se dedicará a las funciones de personal.
- En Ecuador, la Unidad Central tiene dos departamentos o áreas, la de Gestión Técnica y la de Administración de Regímenes Salariales.
- En Nicaragua, la División General tiene tres divisiones a su interior: la División de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, la División de Relaciones Laborales y Administración de Política Salarial y la División de Normas y Gestión de Recursos Humanos.
- En Honduras, el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, ubicado en el tercer nivel, tiene 3 coordinaciones, la de Educación Permanente, la de Formación y la de Gestión.
- En Panamá, La Dirección de Desarrollo Integral de REHUS tiene 5 subunidades, dedicadas a la administración de REHUS, el bienestar del sector público y las remuneraciones: el Registro y Control de Recursos Humanos, la Formación y Capacitación y la Acreditación de Recursos Humanos.
- En República Dominicana, la Dirección General tiene una dirección ejecutiva y 2 subdirecciones, una administrativa y otra técnica. En Uruguay la Dirección de Recursos Humanos de la Administradora de Servicios de Salud del Estado (ASSE) tiene tres áreas, la de Remuneraciones y Contratos (incluye Dpto. Ingresos), la de Capacitación y Comunicaciones y la de Administración y Desarrollo (incluye departamentos de Concursos, Registro y Promociones).

Se puede inferir de este panorama general de denominaciones y subfunciones, que las ambigüedades, imprecisiones y hasta equívocos, exigen un debate sobre la institucionalidad de la gestión de recursos humanos.

Número y tipo de áreas existentes en las unidades de REHUS

Países	Unidades	Número de áreas/ divisiones/ departamentos con que cuenta la Unidad	Áreas con las que cuenta la unidad
Bolivia	Unidad de Recursos Humanos	3	Administración de Personal
			Área de Remuneraciones
			Acreditación Profesional y categorías médicas
Brasil	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	2	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
			Departamento de Gestão de la Educacion em Saúde
Canadá	Health Human Resources Strategies Division	3	HHR Policy and Planning Unit
			Health Care Professional Unit
			HHR Programs Unit
Colombia	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos	3	Grupo de Recursos Humanos
			Grupo de Capacitación
			Grupo de Instituciones
Guatemala	Dirección General de Recursos Humanos	3	Departamento de Formación
			Departamento de Capacitación

Países	Unidades	Número de áreas/ divisiones/ departamentos con que cuenta la Unidad	Áreas con las que cuenta la unidad
			Departamento de Administración
Ecuador	Dirección de Gestión de Recursos Humanos	2	Gestión Técnica Administración de Regímenes Salariales
Nicaragua	División General de Recursos Humanos	3	División de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud División de Relaciones Laborales y Administración de Política Salarial División de Normación y Gestión de Recursos Humanos
Honduras	Departamento de Desarrollo de REHUS	3	Coordinación de Educación Permanente Coordinación de Formación Coordinación de Gestión
Perú	Dirección Sectorial III RHUS (ex IDREH)	2	Gestión de la Educación Gestión del Trabajo
Panamá	Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos	5	Administración de Recursos Humanos Bienestar del Sector Público y Relaciones Laborales Registro y Control de Recursos Humanos Formación y Capacitación de Recursos Humanos en Salud Acreditación de Recursos Humanos (Certificación y Recertificación)
República Dominicana	Dirección General de Recursos Humanos	3	Dirección ejecutiva Subdirección administrativa Subdirección técnica
Trinidad y Tobago	Human Resource Unit	3	Human Resources Planning (HRP) Human Resources Development (HRD) Employee/Industrial Relations (ER/IR)
Uruguay	División de Recursos Humanos de la Administración de Servicios de Salud del Estado	3	Remuneraciones y Contratos (incluye Dpto. Ingresos) Capacitación y Comunicaciones Administración y Desarrollo (incluye Dptos. de Concursos, Registro, y Promociones)
Venezuela	Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo	2	Dirección de Investigación Dirección de Educación

Fuente: Encuesta Regional OPS, julio 2007

2. LOS RECURSOS DE LAS UNIDADES.

En este acápite se revisará la dotación de insumos o recursos con los que cuentan las unidades de recursos humanos centrales de los ministerios de salud en tres dimensiones: (a) Recursos Humanos, (b) Recursos Financieros y (c) Recursos Físicos (infraestructura, equipamiento y materiales).

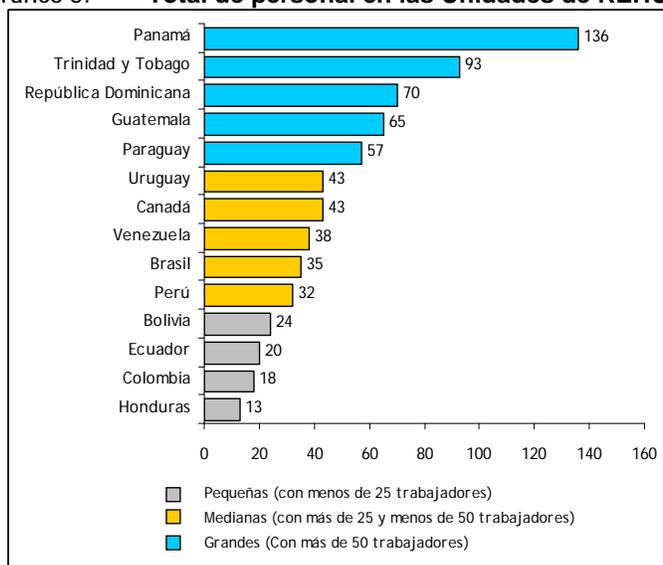
La tendencia general entremezcla el crecimiento de la disponibilidad de profesionales de salud y la mayor relevancia del tema, en contraste con los déficit de estructura, vistos anteriormente, y la insuficiencia de recursos con que cuentan las Unidades.

2.1 Sobre los recursos humanos de las unidades centrales

La información recogida a través de los cuestionarios cualitativos y cuantitativos aplicados, proporciona información importante para la definición de aspectos clave en cuanto a recursos humanos, tales como: (i) Disposición del personal en cada unidad, (ii) Tamaño de las unidades, (iii) Composición de las unidades, (iv) Condiciones laborales, (v) Nivel de especialización del personal, y (vi) Nivel de capacitación del personal de las unidades.

En cuanto a la disposición de personal y el tamaño de las unidades, existen diferencias entre países con respecto a la dotación de recursos humanos, para lo cual los hemos clasificado en tres rangos: con menos de 25 trabajadores, los que tienen entre 25 y 50 y los que tienen más de 50. Los países con unidades con menos de 25 trabajadores son cuatro: Honduras (13 trabajadores), Colombia (18 trabajadores), Ecuador (20 trabajadores) y Bolivia (24 trabajadores). Las unidades de tamaño mediano, con más de 25 pero menos de 50 personas trabajando en sus sedes, son cinco países: Perú (32 trabajadores), Brasil (35), Venezuela (38 trabajadores), Canadá (43 trabajadores) y Uruguay (43 trabajadores). Finalmente, cinco países cuentan con unidades de más de 50 personas. Este es el caso de Paraguay (57 trabajadores), Guatemala (65 trabajadores), República Dominicana (70 trabajadores), Trinidad y Tobago (93 trabajadores) y Panamá (136 trabajadores).

Gráfico 5. Total de personal en las Unidades de REHUS



Fuente: Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud

Esta clasificación, relacionada con el tamaño de las unidades, no significa que las de mayor tamaño tengan una dotación suficiente de recursos humanos, pues el déficit de personal es generalizado en todas las unidades y niveles de REHUS en los países analizados. Como lo manifestan nueve de los 12 funcionarios de las unidades entrevistadas, este déficit no sólo es cuantitativo sino también cualitativo ya que, como expresa uno de ellos, “el personal es insuficiente porque la preocupación está centrada en los servicios de salud y mucho menos en todo lo que es el ámbito de la autoridad sanitaria”.

Con respecto a la composición de las unidades, se identifican tres tipos. Por un lado, aquellas en donde una proporción importante de sus trabajadores son profesionales, por otro lado, aquellas en las que la mayoría de su personal es técnico y, finalmente, aquellas en las cuales la mayoría de trabajadores son administrativos.

El nivel de profesionalización de las unidades de REHUS indica si estas cuentan con personal capacitado para el diseño e implementación de las políticas de desarrollo de los REHUS en cada país. Las unidades en las que la mayoría de sus trabajadores son profesionales son seis, de las 14 que respondieron a este ítem en la encuesta. Los casos de unidades profesionalizadas son Brasil (85% de sus trabajadores son profesionales), Canadá (72%), Ecuador (50%), Honduras (53.8%), Paraguay (50.9%) y Perú (43.8%). Colombia es un caso límite, pues el 38.9% de su personal es profesional, pero con un 16% de técnicos, un 33% de administrativos y 11% clasificados como otros.

Existe un segundo tipo de unidades en las cuales más del 40% de sus trabajadores son técnicos. En estas prima la gerencia operativa sobre la estratégica. Las unidades de REHUS en las que se encuentra este tipo de composición son tres: Bolivia, en donde el 41.7% de su personal es técnico, también Guatemala, con 52.3%, y Venezuela en cuya unidad el 39.5% del personal son técnicos.

Un último tipo sobre la composición del personal de las unidades es aquel en donde la mayoría de trabajadores que las conforman son administrativos. En este tipo se identificaron tres países: Panamá, con 58.1% de administrativos, República Dominicana con 57.1% de trabajadores administrativos en relación al total de personal de la unidad, y Uruguay con un 72.1% de su personal.

Número de trabajadores de las unidades según tipo

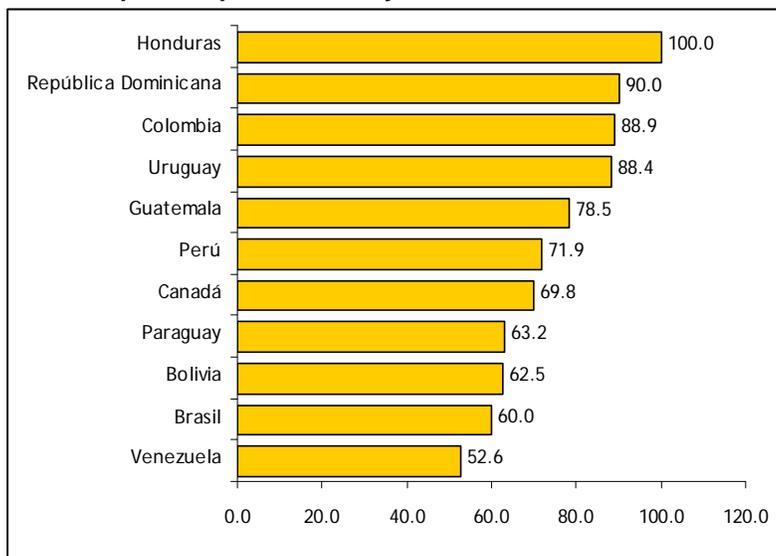
Países	Unidades	Profesionales	Técnicos	Trabajadores administrativos	Otros
Bolivia	Unidad de Recursos Humanos	20.8	41.7	20.8	16.7
Brasil	Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud	85.7		14.3	
Canadá	Health Human Resources Strategies Division	72.1	2.3	16.3	9.3
Colombia	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos	38.9	16.7	33.3	11.1
Ecuador	Dirección de Gestión de Recursos Humanos	50.0	10.0	35.0	5.0

Guatemala	Dirección General de Recursos Humanos	29.2	52.3	18.5	
Honduras	Departamento de Desarrollo de REHUS	53.8		46.2	
Panamá	Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos	15.4	26.5	58.1	
Paraguay	Instituto Nacional de Salud	50.9	5.3	33.3	10.5
Perú	Dirección Sectorial III Recursos Humanos en Salud ex Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos - IDREH	43.8	28.1	28.1	
República Dominicana	Dirección General de Recursos Humanos	28.6	14.3	57.1	
Trinidad y Tobago	Human Resource Unit	6.5		16.1	77.4
Uruguay	Dirección de Recursos Humanos de la Administración de Servicios de Salud del Estado	9.3	18.6	72.1	
Venezuela	Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo	36.8	39.5	23.7	

Fuente: Encuesta Regional OPS, Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud, julio 2007.

Con respecto al régimen laboral de los trabajadores de las unidades, los 11 países que respondieron esta pregunta, cuentan con proporciones considerables de personal con estabilidad laboral, es decir, más del 50% de sus trabajadores cuentan con beneficios sociales y tiene un contrato por tiempo indefinido. Los casos más importantes son siete: Canadá (69.8% de su personal se encuentra en este régimen laboral), Perú (71.9%), Guatemala (78.5%), Uruguay (88.4%), Colombia (88.9%), República Dominicana (90%) y Honduras (100%).

Gráfico 6. Porcentaje de trabajadores de la Unidad contratados por tiempo indefinido y con beneficios sociales



Fuente: Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud

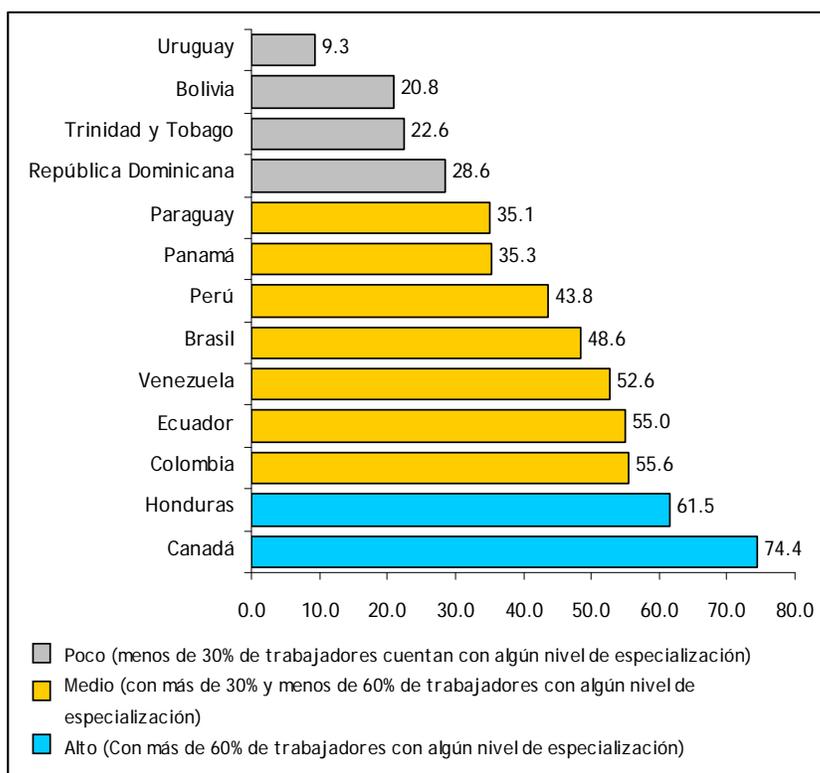
En cuanto a este mismo tema, Venezuela es el país que presenta una mayor proporción de personal en un régimen de contratación por tiempo definido, estando el 47.4% de sus trabajadores bajo la modalidad de servicios no personales.

Con respecto al nivel de especialización de los recursos humanos de las unidades, la situación de los 13 países que brindaron información acerca de los grados y títulos de su personal (doctores, maestrías, licenciaturas y diplomados), se puede clasificar en tres grupos: países con alto, medio y bajo nivel de especialización de su personal.

En el primer grupo se encuentran las unidades de recursos humanos, en las cuales menos del 30% de sus trabajadores cuentan con algún nivel de especialización: Uruguay (9.3% del total de sus trabajadores cuenta con doctorado, maestría, licenciatura o diploma), Bolivia (20.8%), Trinidad y Tobago (22.6%) y República Dominicana (28.6%).

En el segundo grupo, con una proporción de personal con algún nivel adicional de educación mayor del 30% pero menor del 60% del personal, están siete países: Paraguay (35.1% de sus trabajadores cuentan con alguno de los grados y títulos mencionados), Panamá (35.3%), Perú (43.8%), Brasil (48.6%), Venezuela (52.6%), Ecuador (55%) y Colombia (55.6%). Finalmente, en el tercer grupo conformado por las Unidades con mayor nivel de especialización están las unidades de Honduras y Canadá, con 61.5% y 74.4% de su personal con doctorados, maestrías o diplomados.

Gráfico 7. Porcentaje de personal con algún nivel de especialización



Fuente: Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud

Es preciso destacar en este tema que solo dos de los 13 países que proporcionaron información sobre este punto, cuentan con profesionales con doctorados (Brasil y Perú). De la misma manera, en seis países las unidades cuentan con profesionales con maestría, aunque el número de profesionales con este nivel de preparación es limitado. Los casos en los que se encuentran profesionales con estos grados son: Panamá, Canadá, Trinidad y Tobago, República Dominicana, Brasil y Perú.

Número de trabajadores según nivel de especialización

Países	Unidades	No. de trabajadores que cuentan con Doctorado	No. de trabajadores que cuentan con Maestría	No. de trabajadores que cuentan con Licenciatura	No. de trabajadores que cuentan con especializaciones/diplomas	Total de trabajadores con algún nivel adicional de especialización
Panamá	Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos		3	45		48
Canadá	Health Human Resources Strategies Division (i.e. health human resource planning/coordination functions)		11	17	4	32
Trinidad y Tobago	Human Resource Unit		2	4	15	21
Paraguay	Instituto Nacional de Salud			7	13	20
República Dominicana	Dirección General de Recursos Humanos		5	15		20
Venezuela	Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo			14	6	20
Brasil	Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud	3	4		10	17
Perú	Dirección Sectorial III Recursos Humanos en Salud ex Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos - IDREH	2	7	5		14
Ecuador	Dirección de Gestión de Recursos Humanos			10	1	11
Colombia	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos			3	7	10

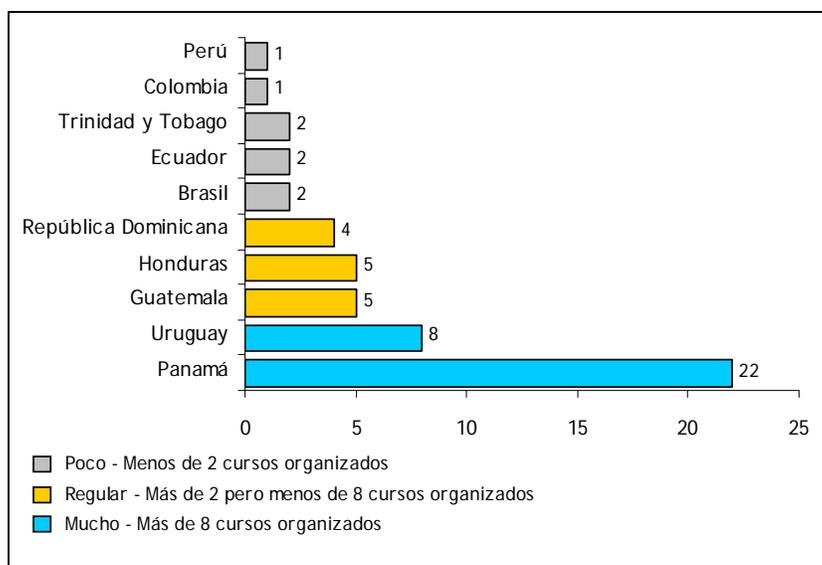
Honduras	Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud			4	4	8
Bolivia	Unidad de Recursos Humanos			5		5
Uruguay	Dirección de Recursos Humanos de la Administración de Servicios de Salud del Estado			4		4

Fuente: Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud

En cuanto a los procesos de capacitación promovidos por la unidad, 10 de los 15 países que respondieron a la pregunta sobre la organización de cursos de capacitación, han realizado o propuesto realizar cursos de capacitación en los últimos dos años.

Existen países con pocos cursos organizados desde sus unidades, otros con algunos cursos y finalmente, países con numerosos cursos. Los países con pocos cursos de capacitación en el periodo de los últimos dos años fueron Perú y Colombia (un curso); mientras Trinidad y Tobago, Ecuador y Brasil implementaron dos cursos. En un segundo grupo de países con una mediana realización de cursos por parte de sus unidades figuran República Dominicana (cuatro), Honduras (cinco) y Guatemala (cinco). Finalmente, en el grupo con cursos numerosos se encuentran Uruguay (ocho) y Panamá (22).

Gráfico 8. Número de cursos organizados por las Unidades en los últimos dos años



Fuente: Encuesta Regional de OPS, Instrumento 2, Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud, julio 2007.

De otro lado, la mayoría de las unidades no cuentan con planes anuales para la capacitación del personal, pese a que vienen realizando este tipo de actividades. Las razones de ello tienen que

ver con la escasa planificación de la capacitación, la falta de financiamiento y los pocos recursos humanos con cuentan las unidades para este tipo de actividades.

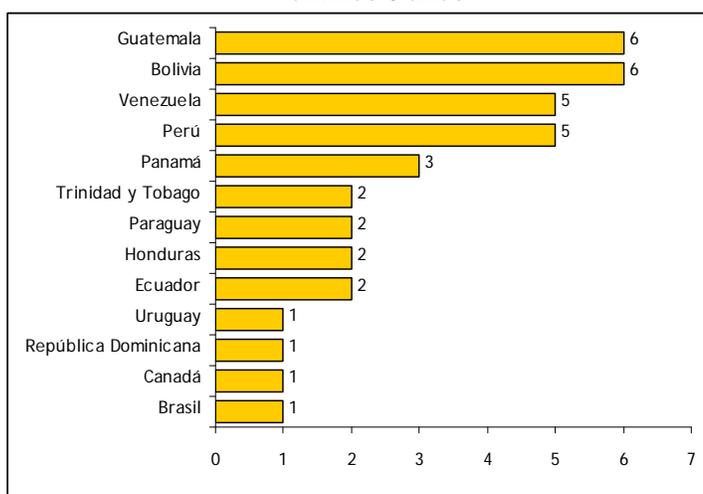
El caso de República Dominicana se presenta como un caso particular en la implementación de planes de capacitación: la unidad de REHUS ha sido premiada por ser la institución con el mejor desempeño en el programa del Instituto Nacional de Capacitación Pública.

A nivel interno de las unidades de REHUS de los países analizados, también realizan procesos de capacitación para su personal. En cuanto a la pregunta realizada sobre la capacitación de los trabajadores de las unidades estudiadas, ocho de los 15 países consultados respondieron que todo su personal había recibido al menos un curso de capacitación en temas técnicos relacionados a su trabajo durante el último año (estos son los casos de Bolivia, Brasil, Canadá, Guatemala, Ecuador, Panamá, República Dominicana y Uruguay).

2.2 Sobre los directores de las unidades de REHUS

En cuanto a la permanencia de los directores de las unidades de REHUS, se presentan dos situaciones tipo. La primera comprende a las unidades con directores estables, en las cuales los actuales directores se han mantenido en el puesto por más de dos años, aspecto que ha garantizado la implementación de políticas y estrategias de mediano plazo al interior de las unidades. En este grupo se encuentran Brasil, Canadá, República Dominicana y Uruguay, países en los cuales, en los últimos cinco años, se ha tenido un solo director de unidad. En los casos de Ecuador, Honduras, Paraguay y Trinidad y Tobago, se ha contado con hasta dos directores en este mismo periodo de tiempo.

Gráfico 9. **Número de directores de la unidad de REHUS en los últimos 5 años**



Fuente: Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud

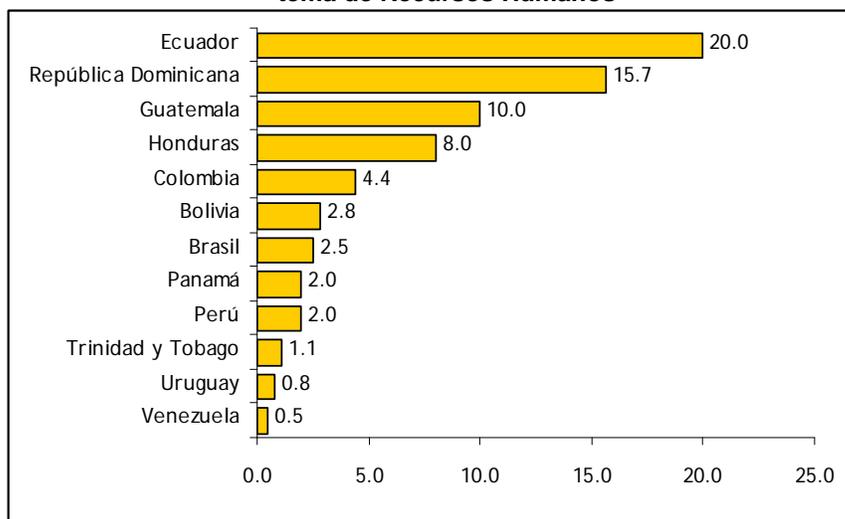
El segundo grupo de países comprende aquellos con unidades con direcciones volátiles, es decir, de corta duración, con tres o más directores en el periodo de los últimos cinco años. En este grupo se encuentran las unidades de Bolivia (seis), Colombia (cinco), Guatemala (seis), Perú (cinco), Panamá (tres) y Venezuela (cinco).

En cuanto a la experiencia de los Directores de las Unidades de REHUS, la encuesta regional arroja tres tipos de países: a) Unidades dirigidas por directores con vasta experiencia en el área de recursos humanos, con más de 10 años desarrollándose profesionalmente en el tema; y b) unidades de REHUS dirigidas por gerentes con menos de 10 años pero con más de cuatro años de experiencia en el tema de desarrollo de recursos humanos en salud; y c) unidades con directores con menos de tres años de experiencia en el área de REHUS.

En el primer grupo se ubican cuatro países: Brasil y Ecuador, cuyos directores cuentan con por lo menos 20 años de experiencia en el tema, República Dominicana con un director de 15 años desarrollando recursos humanos en salud, y Guatemala, que cuenta con un director con 10 años trabajando en el tema de REHUS.

Entre las unidades con directores de mediana experiencia se encuentran las unidades de Honduras, cuyo director actual tiene 8 años de experiencia en el desarrollo de recursos humanos, así como Colombia, cuya unidad de REHUS cuenta con un director con más de cuatro años de experiencia en la temática de recursos humanos en salud. Finalmente, en el tercer grupo se ubican Bolivia, Perú, Panamá, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela en los cuales las unidades de REHUS cuentan con directores con una corta trayectoria en el campo de recursos humanos en salud.

Gráfico 10. **Años de experiencia del Director de la Unidad en el tema de Recursos Humanos**



Fuente: Encuesta regional OPs, Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud, julio 2007.

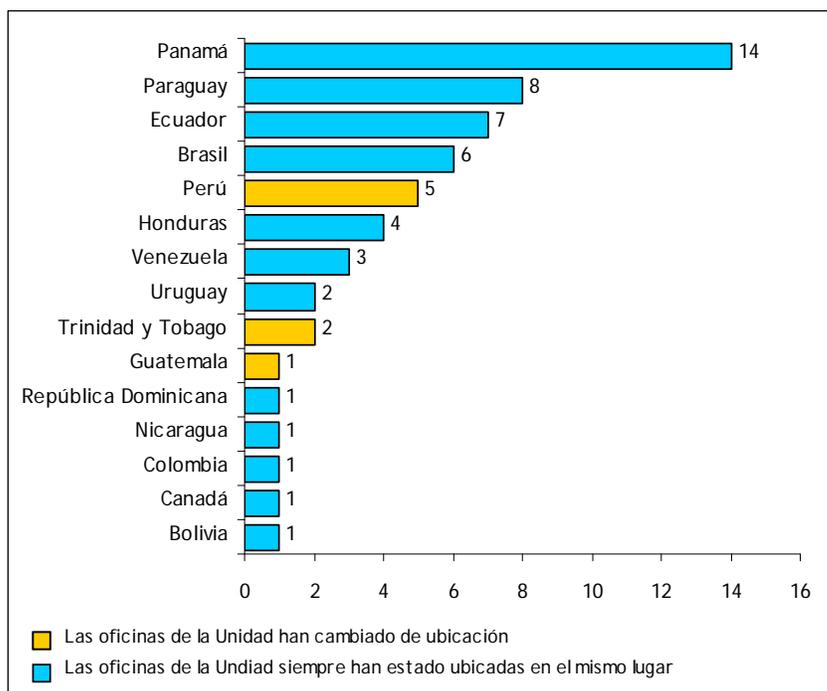
2.3 Sobre la infraestructura y equipamiento con que cuentan las unidades

La dotación de infraestructura es calificada como insuficiente por la mayoría de las unidades analizadas. En cuanto a este tema se presenta información sobre : (i) la dotación de espacio físico

para la realización de tareas cotidianas, (ii) el nivel de satisfacción sobre la infraestructura y (iii) la dotación de equipos informáticos con los que cuentan las unidades de REHUS.

En cuanto a la dotación de espacio físico, todas las unidades cuentan con al menos una oficina en la cual realizan sus labores. La ubicación física de las unidades en el interior de los edificios centrales de los ministerios de salud, revela la importancia de estas en las estructuras de salud nacionales. La información sobre el número de oficinas con que cuentan las unidades de REHUS muestra, entre los 15 países que dieron respuesta, unidades que cuentan con una oficina (seis países: Bolivia, Guatemala, Rep. Dominicana, Nicaragua, Canadá y Colombia), unidades que cuentan con dos o tres oficinas (tres países: Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela) y unidades que cuentan con más de cuatro oficinas (seis países: Brasil, Ecuador, Honduras, Perú, Paraguay y Panamá).

Gráfico 11. Número de oficinas con que cuentan las Unidades de REHUS

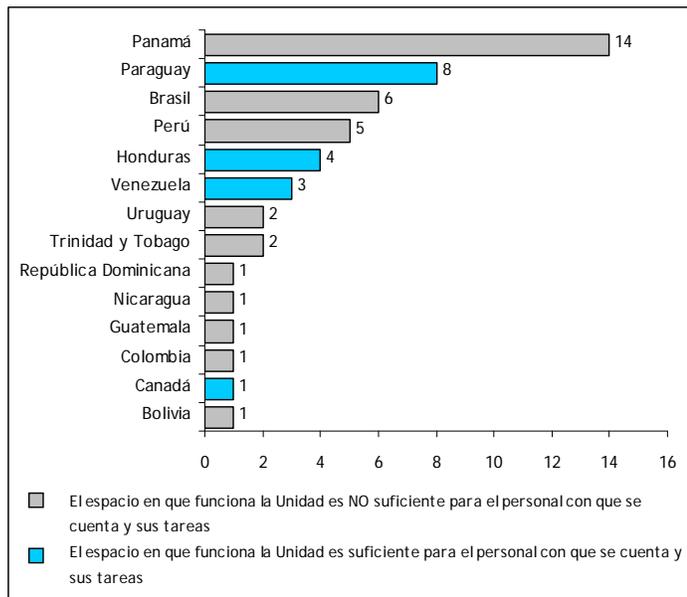


Fuente: Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud

En cuanto al nivel de satisfacción con respecto a la infraestructura, de los 14 países cuyas unidades respondieron esta pregunta, 10 consideran que el espacio en que funciona la unidad es insuficiente frente a la cantidad de personal con que cuentan y el nivel de importancia de las funciones que realizan. La percepción de insatisfacción con la infraestructura de las unidades se presenta independientemente del número de oficinas con que se cuenta.

De esta manera, de los seis países que cuentan con una sola oficina, solo Canadá considera que el espacio en que realiza sus actividades la unidad es adecuado para la cantidad de personal con que cuenta y las tareas realizadas. Entre las unidades de los países que cuentan con más oficinas, el nivel de insatisfacción es alto: así, de los ocho países que cuentan con más de dos oficinas, cinco consideran que la infraestructura es insuficiente para el personal con que cuentan las unidades y dificulta la realización de sus tareas y funciones. Los países que consideran inadecuada su infraestructura son: Trinidad y Tobago, Uruguay, Perú, Brasil y Paraguay.

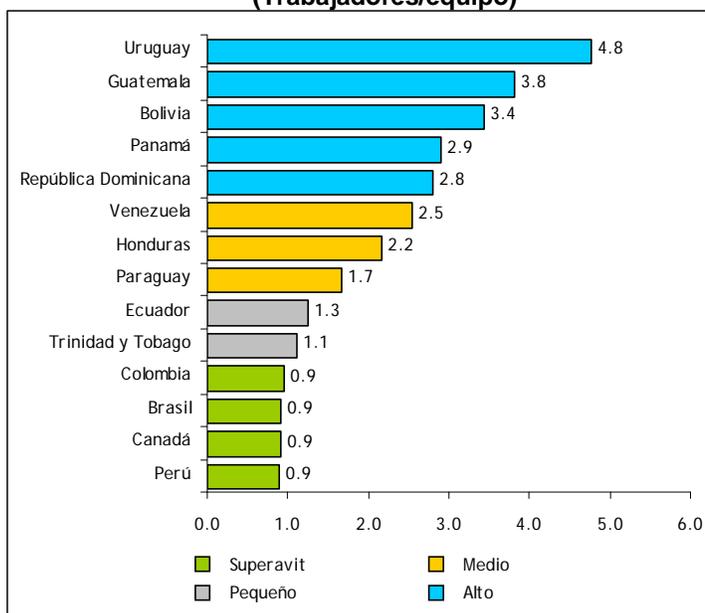
Gráfico 12. Nivel de adecuación del espacio en que funciona la unidad con respecto a la cantidad de personal y tareas



Fuente: Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud

Sobre la dotación de equipos informáticos, la relación entre los equipos disponibles y el número de personal con que cuentan las unidades revela un déficit en cuanto a la disponibilidad de equipos, lo cual dificulta el trabajo del personal en las unidades.

Gráfico 13. Nivel de déficit de equipos informáticos (Trabajadores/equipo)



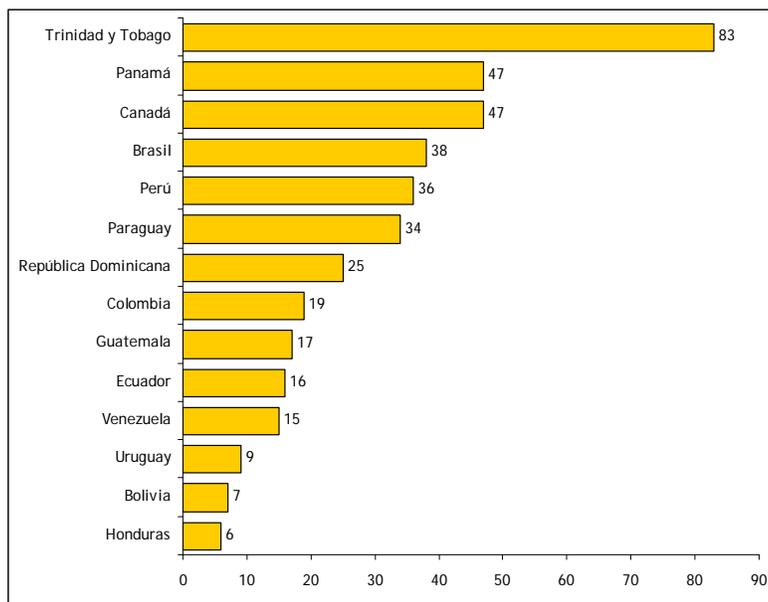
Fuente: Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud

Entre los 14 países que contestaron a la pregunta relacionada con la dotación de equipos, se identifican cuatro grupos: 1) aquellos donde existe un déficit amplio de equipos informáticos, sean estos PC o laptops (cuatro); 2) aquellos países donde existen un déficit medio de equipos (cuatro); 3) países con un déficit aceptable de equipos (dos) y 4) países cuyas unidades no tienen déficit de equipos (cuatro), lo cual facilita el trabajo de sus recursos humanos.

Los países con un alto déficit de equipos son Uruguay (4.8 personas por cada equipo), Guatemala (3.8), Bolivia (3.4) y Panamá (2.9). En estos países el número de computadoras es de 9, 17, 7 y 47 respectivamente. Entre los países con déficit medio la relación trabajador – equipos informáticos es de 3 a 1 ó 2 a 1. Este es el caso de República Dominicana (2.8 trabajadores por equipo informático), Venezuela (2.5), Honduras (2.2) y Paraguay (1.7). En las Unidades de estos países el número de computadoras con que se cuenta alcanza a 25, 15, 6 y 34 respectivamente.

Entre las unidades con déficit aceptable de equipos se encuentran Ecuador (1.3) y Trinidad y Tobago (1.1), y el número de PC o computadoras portátiles con que cuentan alcanza a 16, en el caso de Ecuador, y 83 en el caso de Trinidad y Tobago. Los países con unidades con superávit de equipos, en que la relación es de 1.1 equipos por trabajador o más, se dan en las unidades de Colombia (19 equipos), Brasil (38 equipos), Canadá (47 equipos) y Perú (36 equipos).

Gráfico 14. Número de equipos informáticos con que cuentan las unidades



Fuente: Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud

A este punto es necesario sumar la disponibilidad de equipos de multimedia con que cuentan las unidades, sobre todo teniendo en cuenta que estos recursos son de suma utilidad para la realización de las actividades de capacitación. En este punto, de los 14 países que reportaron esta información, nueve cuentan con este tipo de equipos y cinco no (Bolivia, Colombia, Honduras, Trinidad y Tobago y Uruguay).

Entre los países que cuentan con este recurso, cuatro poseen un proyector de multimedia (Brasil, Panamá, República Dominicana y Venezuela), dos países cuentan con dos equipos de multimedia (Guatemala y Perú), dos unidades cuentan con cuatro proyectores multimedia (Nicaragua y Paraguay), siendo Canadá el que posee adicionalmente dos televisores utilizados para eventos de capacitación.

En cuanto al nivel de conectividad a internet que tienen las unidades, 14 de los 15 países que respondieron esta pregunta cuentan con conexión a internet en sus oficinas. Solo en el caso de Honduras, la unidad no cuenta con este tipo de conexión. En ocho de las unidades todo el personal tiene acceso a internet (Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Perú, Paraguay, República Dominicana, Trinidad y Tobago y Venezuela).

En el caso del acceso telefónico, la mayoría de las unidades considera que es suficiente; solo en 5 casos (Guatemala, Nicaragua, Honduras, Perú y Uruguay) se califica de insuficiente la dotación de este medio para la operación de las unidades.

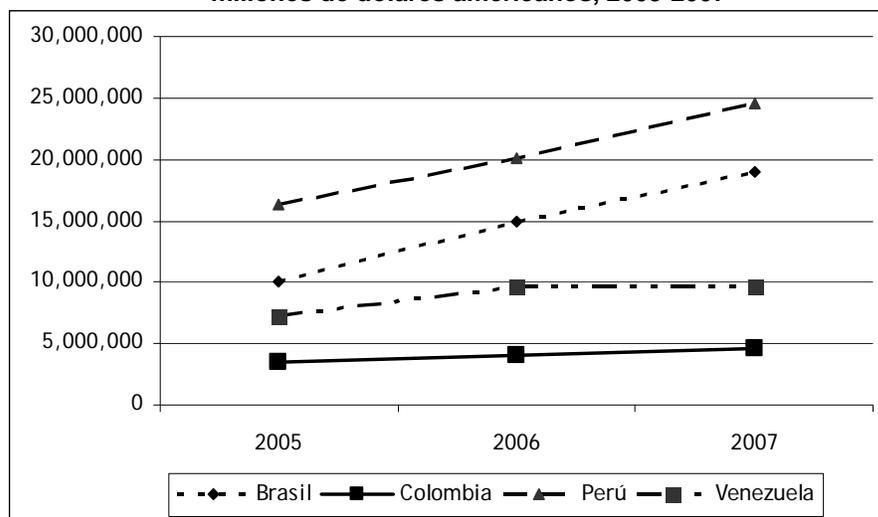
2.4 Sobre los recursos financieros con que cuentan las unidades

De acuerdo con la información recogida por medio de entrevistas a los funcionarios de las unidades de REHUS, los recursos financieros con que cuentan son limitados. De manera general el presupuesto nominal de las unidades, en la mayoría de los casos, se ha incrementado ligeramente o se ha mantenido igual.

Los 11 países que brindaron información presupuestal se pueden clasificar de diferente manera. Una es según el monto de sus presupuestos. Las unidades de los países, por ejemplo, con presupuestos mayores a los 3 millones de dólares americanos, son las de Brasil, Colombia, Perú y Venezuela; mientras las que tienen presupuestos menores a los tres millones de dólares americanos son las de Bolivia, Canadá, Guatemala, Nicaragua, Honduras, Paraguay y Panamá. La comparación de estos presupuestos con los presupuestos públicos en salud arroja contrastes importantes.

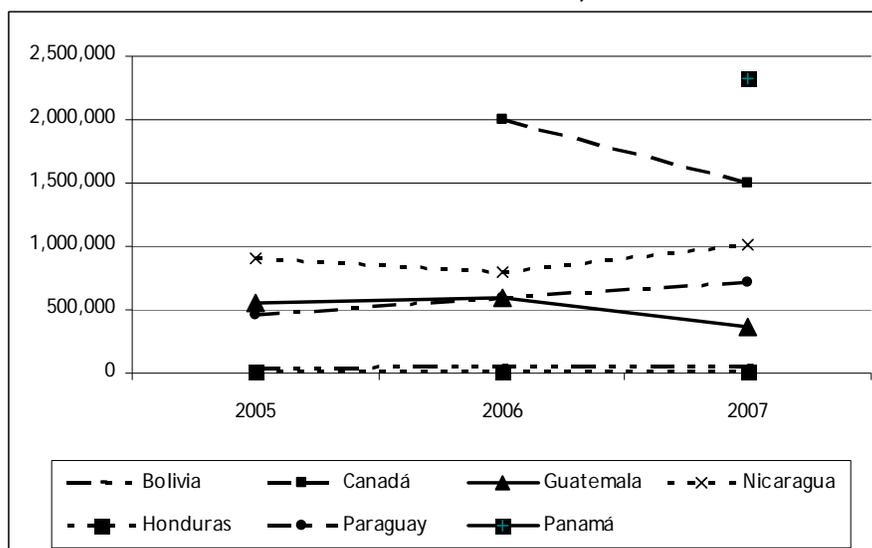
En ambos grupos hay países en los cuales los presupuestos han ido incrementándose de manera importante en los últimos 3 años, como los casos de Perú, Brasil y Venezuela, mientras otro grupo de países han mantenido su presupuesto o se han incrementado en proporciones poco significativas, como en los casos de Colombia, Bolivia y Paraguay. Finalmente, en un tercer grupo de países las unidades han sufrido una disminución en sus presupuestos, como en los casos de Guatemala y Canadá.

Gráfico 15. Unidades de REHUS con presupuestos mayores a 3 millones de dólares americanos, 2005-2007



Fuente: Encuesta Regional OPS, Instrumento 2, Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud, julio del 2007.

Gráfico 16. **Unidades de REHUS con presupuestos menores a 3 millones de dólares americanos, 2005-2007**



Fuente: Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud

En relación con la firma de convenios de cooperación internacional, como estrategia de financiamiento, de los 14 países que dieron respuesta a este ítem, seis cuentan con convenios vigentes firmados con diversos organismos de cooperación internacional.

En el caso de Brasil, se ha firmado un convenio con las centrales de sindicatos del gobierno Finlandés; Guatemala mantiene un convenio con la Cooperación Canadiense que favorece la formación de enfermería comunitaria; Honduras tiene dos convenios vigentes, con JICA para la implementación de un centro de investigación y con USAID para el apoyo en temas de salud ambiental; en el caso de Paraguay se han firmado tres convenios con OPS/OMS para el fortalecimiento de recursos técnicos en salud, el fortalecimiento de una biblioteca virtual y para cursos de postgrado. Panamá ha suscrito un convenio con el BID para el financiamiento del Programa Multifase de Transformación Institucional y Trinidad y Tobago ha generado convenios con el BID y el PNUD, en el primer caso para promover reformas en el sector público y en segundo caso para dotación de recursos humanos.

Convenios suscritos entre las unidades de REHUS y los organismos de cooperación internacional

Países	Unidades	Nombres de los convenios firmados	Instituciones con las que se firmaron los convenios
Brasil	Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud	Finlandia	Centrais sindicais e governo Finlandés.
Guatemala	Dirección General de Recursos Humanos	Formación en enfermería comunitaria	Cooperación Canadiense
Honduras	Departamento de Desa-	Enfermería/Centro de In-	JICA

Países	Unidades	Nombres de los convenios firmados	Instituciones con las que se firmaron los convenios
	rrollo de REHUS	vestigación	
		Salud Ambiental	USAID (Salud ambiental)
Paraguay	Instituto Nacional de Salud	Fortalecimiento de los cursos de técnicos en salud	OPS-OMS
		Fortalecimiento de Biblioteca Virtual	OPS-OMS
		Fortalecimiento de cursos de post-grado	OPS-OMS
Panamá	Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos	Programa Multiface de Transformación Institucional	BID
Trinidad y Tobago	Human Resource Unit	Proyectos de reforma de sector público, e incluir el entrenamiento y el desarrollo	Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
		Para el suministro de Recursos Humanos	Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas para el desarrollo(PNUD)

Fuente: Encuesta Regional OPS, Instrumento 2, Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud, julio 2007.

3. LA CALIDAD DE LA GESTIÓN DE LAS UNIDADES

El acercamiento a la calidad de la gestión de las unidades de recursos humanos se ha hecho con pocas variables e indicadores, por tratarse de un estudio rápido. Los aspectos o variables estudiados fueron: (i) el alcance de la gestión de las Unidades, (ii) los niveles de articulación y concertación para la acción, (iii) el nivel de utilización de la planificación y herramientas estratégicas, (iv) la existencia de sistemas de incentivos y motivación del personal y (v) el establecimiento de temas de trabajo y las prioridades en recursos humanos establecidas por las unidades.

3.1 Sobre el alcance en la gestión de las unidades

Con respecto a este tema, de los 15 países que brindaron información, la mayoría de las unidades (ocho) tienen alcance institucional, es decir ejercen sus funciones básicamente al interior del Ministerio de Salud. Un número algo menor de unidades (siete) cuentan con alcance sectorial, es decir sus funciones y decisiones rigen las políticas y estrategias de todo el sector salud en el tema de recursos humanos. Finalmente, otro grupo de unidades (seis) cuentan con alcance extrasectorial, es decir sus decisiones en términos de regulación y gestión de recursos humanos influyen en las políticas de recursos humanos de todo el país.

En este grupo, con alcance extra-sectorial, se encuentran las unidades de Brasil, Canadá, Colombia, Ecuador, Nicaragua y Paraguay. Los funcionarios de las unidades de Canadá y Brasil coinciden en que representa un nivel de avance importante el que las normativas generadas tengan injerencia no sólo en los REHUS, sino también en los recursos humanos en el ámbito nacional. En el caso de Ecuador la injerencia de la unidad es también de nivel extrasectorial, especificándose que desde la unidad se dan las disposiciones referidas a la gestión y administración de recursos humanos, como el caso de los contratos FONIN.

Alcance de la gestión de las unidades

Países	Unidades	Alcance de la gestión		
		Institucional (alcance sólo a nivel de los Recursos Humanos del Ministerio)	Sectorial (alcance a nivel de todo el sector salud)	Extrasectorial (Alcance sobre otros Ministerios o sectores)
Bolivia	Unidad de Recursos Humanos		X	
Brasil	Dirección General de Recursos Humanos		X	X
Canadá	Health Human Resources Strategies Division			X
Colombia	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos			X
Guatemala	Dirección General de Recursos Humanos	X		
Ecuador	Dirección de Gestión de Recursos Humanos	X	X	X
Nicaragua	División General de Recursos Humanos	X	X	X
Honduras	Departamento de Desarrollo de REHUS	X		
Perú	Dirección Sectorial III Recursos Humanos en Salud ex Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos – IDREH		X	
Paraguay	Instituto Nacional de Salud			X
Panamá	Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos	X	X	
República Dominicana	Dirección General de RRHH	X		
Trinidad y Tobago	Human Resource Unit	X		
Uruguay	Dirección de Recursos Humanos de la Administración de Servicios de Salud del Estado	X		
Venezuela	Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo (Dirección de Línea)		X	

Fuente: Encuesta Regional OPS, Instrumento 2, Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud, julio 2007.

En cuanto a la capacidad de articulación de las unidades se analizan tres dimensiones de la articulación: (i) participación de la unidad en espacios de concertación Estado – sociedad civil; (ii) participación de la unidad en espacios de concertación Estado – gremios; y (iii) relación de la unidad con otros prestadores de servicios.

Con respecto a la participación de las unidades en espacios de concertación Estado – sociedad civil, dos de los 15 países que contestaron esta pregunta no participan en este tipo de instancias: son los casos de Paraguay y Trinidad y Tobago. En este último caso, no existe un espacio en el

cual se agrupen distintas instituciones y organizaciones para el desarrollo de políticas y estrategias en REHUS; sin embargo, la Unidad no deja de coordinar de manera continua con las distintas instancias del Estado y Sociedad Civil para el emprendimiento de estrategias en recursos humanos.

Las instancias de concertación o coordinación en las que participan las unidades pueden ser agrupadas en tres grupos: (i) las relacionadas con la formación de recursos humanos: entre estos se encuentran Colombia (Mesas de trabajo del SENA, sobre competencias laborales), Guatemala (Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y el Sector Salud), Nicaragua (Consejo Nacional de Universidades), Perú (Comité Nacional de Residentado Médico), Venezuela (Barrio Adentro); (ii) en el segundo grupo se encuentran instancias de concertación o diálogo con gremios sindicales: de los 15 países que respondieron esta pregunta 10 tienen este tipo de coordinación: Bolivia, Brasil, Guatemala, Ecuador, Nicaragua, Honduras, Panamá, República Dominicana, Trinidad y Tobago y Uruguay; (iii) en el tercer grupo se pueden considerar los espacios de concertación nacionales sobre salud, como los Consejos Nacionales de Salud de Brasil, Ecuador, Honduras, Perú y República Dominicana.

Nivel de participación de la Unidad en instancias de concertación y/o coordinación entre el Estado y Sociedad Civil

Países	Unidades	Participación de la Unidad en instancias de coordinación y/o concertación interinstitucional entre el Estado y la sociedad	Nombre de las instancias en las que participa
Bolivia	Unidad de Recursos Humanos	Sí	Con Organizaciones sindicales de trabajo en salud
Brasil	Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud	Sí	Consejo Nacional de Salud
Canadá	Health Human Resources Strategies Division (i.e. health human resource planning/coordination functions)	Sí	HHRSD supports the work of the F/P/T ACHDHR with respect to initiatives involving HHR education concerns (re: entry-to-practice, maximizing competencies)
Colombia	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos	Sí	Mesas de trabajo del SENA, sobre competencias laborales
Guatemala	Dirección General de Recursos Humanos	Sí	Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y el Sector Salud. Convenios bilaterales con universidades estatales y privadas
Ecuador	Dirección de Gestión de Recursos Humanos	Sí	CONARUS del Consejo Nacional de Salud
Nicaragua	División General de Recursos Humanos	Sí	Consejo Nacional de Universidades

Países	Unidades	Participación de la Unidad en instancias de coordinación y/o concertación interinstitucional entre el Estado y la sociedad	Nombre de las instancias en las que participa
			Coordina con: Ministerio de Trabajo, Ministerio de Hacienda e Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
Honduras	Departamento de Desarrollo de REHUS	Sí	CONARHUS (Consejo Nacional de REHUS) CONASALUD (Consejo Nacional de Salud)
Perú	Dirección Sectorial III Recursos Humanos en Salud ex Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos - IDREH	Sí	CONAREME (Comité Nacional de Residentado Médico) SINAPRES (Sistema Nacional de Articulación Docencia Servicio e Investigación para el pregrado en Salud) Comité Central de SERUMS (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud) CONADASI (Comité Nacional de Articulación Docencia Servicio e Investigación en Salud) del CONSEJO NACIONAL DE SALUD.
Panamá	Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos	Sí	Educación Superior CONAGREPROTSA
República Dominicana	Dirección General de Recursos Humanos	Sí	Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud
Trinidad y Tobago	Human Resource Unit	No	Coordinación de actividades con otros sectores
Uruguay	Dirección de Recursos Humanos de la Administración de Servicios de Salud del Estado	Sí	Red Nacional de Ministerios, Empresas Públicas y Oficina Nacional de Servicio Civil
Venezuela	Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo	Sí	Formación de Recursos Humanos (Barrio Adentro)

Fuente: Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud, julio 2007

De la misma manera, existen unidades que mantienen coordinaciones con otros prestadores de salud, como mutuales, seguros sociales y seguros privados. De los 15 países que contestaron esta pregunta, seis casos confirmaron tener coordinaciones o instancias de concertación con otros prestadores de salud. Los países que se encuentran en este grupo son Bolivia, Brasil, Guatemala, Nicaragua, Honduras y Trinidad y Tobago.

Niveles de articulación y concertación con gremios y prestadores de servicios

Países	Unidades	¿La unidad participa en alguna instancia de coordinación y/o concertación entre el Estado y los gremios de trabajadores en salud sobre el tema de Recursos Humanos?	¿Existen otros prestadores de servicios (Mutuales, Seguros Sociales, Seguros privados, etc.) con los cuales la Unidad de Recursos Humanos coordina o concerta?
Bolivia	Unidad de Recursos Humanos	Sí	Sí
Brasil	Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud	Sí	Sí
Canadá	Health Human Resources Strategies Division (i.e. health human resource planning/coordination functions)	No	No
Colombia	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos	No	No
Guatemala	Dirección General de Recursos Humanos	Sí	Sí
Ecuador	Dirección de Gestión de Recursos Humanos	Sí	No
Nicaragua	División General de Recursos Humanos	Sí	Sí
Honduras	Departamento de Desarrollo de REHUS	Sí	Sí
Perú	Dirección Sectorial III Recursos Humanos en Salud ex Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos - IDREH	No	No
Panamá	Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos	Sí	No
República Dominicana	Dirección General de Recursos Humanos	Sí	No
Trinidad y Tobago	Human Resource Unit	Sí	Sí
Uruguay	Dirección de Recursos Humanos de la Administración de Servicios de Salud del Estado	Sí	No
Venezuela	Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo	No	No

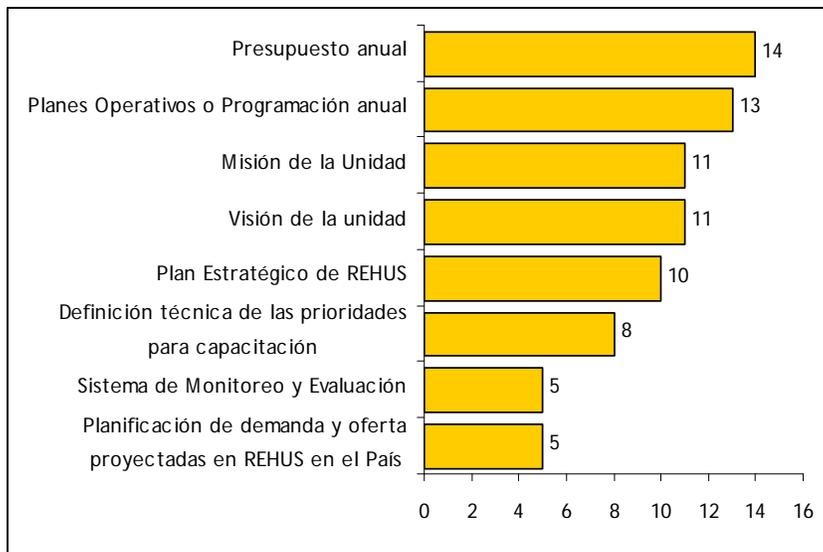
Fuente: Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud

3.2 Planificación y herramientas estratégicas

En cuanto a la utilización de herramientas estratégicas de gestión, la mayoría de ellas son utilizadas por las unidades. Las herramientas de gestión más utilizadas son: los presupuestos anuales (14), los planes operativos o programaciones anuales (13), las definiciones de misión y visión de las unidades (11), así como los planes estratégicos de REHUS (10). Los instrumentos de ges-

ción menos utilizados son los sistemas de monitoreo y evaluación (cinco), los estudios sobre proyecciones de la oferta y demanda de REHUS (cinco) y la definición técnica de prioridades de capacitación (ocho). El énfasis está puesto en la gerencia de operaciones y no en la gerencia estratégica y cuando se ingresa a esta última suele desarticularse de la praxis.

Gráfico 17. Utilización de planificación y herramientas estratégicas en las Unidades



Fuente: Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud

De esta manera, de las 15 unidades que dieron respuesta a esta pregunta, 11 cuentan con visión estratégica de la unidad. Los países cuyas unidades no cuentan con visión son Bolivia, Colombia, Perú y Trinidad y Tobago, situación que se repite en el caso de la misión de la unidad. En cuanto a contar con un plan estratégico de recursos humanos en Salud, cuatro de las 15 unidades que contestaron esta pregunta no cuentan con este instrumento de gestión (Bolivia, Colombia, Ecuador y Trinidad y Tobago).

De la misma manera, en relación a los planes operativos, de las 15 unidades que dieron respuesta a esta pregunta, dos no cuentan con planes operativos; son los casos de Ecuador y Venezuela. En el caso de la planificación de la demanda y oferta proyectada de REHUS, seis países han registrado utilizar esta herramienta: Brasil, Canadá, Guatemala, Nicaragua, Perú y Panamá.

Las herramientas menos utilizadas como se ha visto, son la definición técnica de las prioridades para capacitación y los sistemas de monitoreo y evaluación. La primera, utilizada por las unidades de Bolivia, Brasil, Guatemala, Nicaragua, Perú, Panamá, República Dominicana y Venezuela. De otro lado, los sistemas de monitoreo y evaluación son utilizados por Bolivia, Brasil, Nicaragua, Paraguay y Panamá.

Es importante mencionar los casos de Brasil y Nicaragua, países en los cuales las unidades de REHUS cuentan con herramientas para cada momento de la gestión, es decir que aplican pro-

gramas diseñados en base a diagnósticos previos, con herramientas para una clara planificación y programación, y cuyos resultados son posteriormente monitoreados y evaluados.

Instrumentos de gestión con que cuenta la unidad

Países	Unidades	Visión de la unidad	Misión de la Unidad	Plan Estratégico de REHUS	Planes Operativos o Programación anual	Planificación de demanda y oferta proyectadas en REHUS en el País	Definición técnica de las prioridades para capacitación	Presupuesto anual	Sistema de Monitoreo y Evaluación
Bolivia	Unidad de Recursos Humanos				X		X	X	X
Brasil	Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud	X	X	X	X	X	X	X	X
Canadá	Health Human Resources Strategies Division (i.e. health human resource planning/coordination functions)	X	X	X	X	X		X	
Colombia	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos				X			X	
Guatemala	Dirección General de Recursos Humanos	X	X	X	X		X	X	
Ecuador	Dirección de Gestión de Recursos Humanos	X	X					X	
Nicaragua	División General de Recursos Humanos	X	X	X	X	X	X	X	X
Honduras	Departamento de Desarrollo de REHUS	X	X	X	X			X	
Perú	Dirección Sectorial III RHUS ex IDREH			X	X	X	X	X	
Paraguay	Instituto Nacional de Salud	X	X	X	X			X	X
Panamá	Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos	X	X	X	X	X	X	X	X
República Dominicana	Dirección General de Recursos Humanos	X	X	X	X		X	X	

Países	Unidades	Visión de la unidad	Misión de la Unidad	Plan Estratégico de REHUS	Planes Operativos o Programación anual	Planificación de demanda y oferta proyectadas en REHUS en el País	Definición técnica de las prioridades para capacitación	Presupuesto anual	Sistema de Monitoreo y Evaluación
Trinidad y Tobago	Human Resource Unit				X			X	
Uruguay	Dirección de Recursos Humanos de la Administración de Servicios de Salud del Estado	X	X	X	X				
Venezuela	Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo (Dirección de Línea)	X	X				X	X	

Fuente: Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud.

3.3 Existencia de un sistema de información integrado de recursos humanos

Con respecto a la existencia de sistemas de información de recursos humanos, de los 14 países cuyas unidades respondieron esta pregunta, ocho cuentan con este sistema; son los casos de Bolivia, Brasil, Guatemala, Honduras, Paraguay, República Dominicana, Trinidad y Tobago, Uruguay. Finalmente, con respecto a la existencia del sistema integrado de información sobre REHUS, de los ocho países que cuentan con un sistema de información en general, la mitad (cuatro) posee un sistema de información de REHUS integrado, lo cual se da en los casos de Brasil, Guatemala, Paraguay y Trinidad y Tobago.

Unidades que cuentan con sistema de información en recursos humanos

Países	Unidades	Existencia de un Sistema de Información sobre Recursos Humanos	Existencia de un Sistema de Información Integrado sobre Recursos Humanos
Bolivia	Unidad de Recursos Humanos	Sí	No
Brasil	Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud	Sí	Sí
Colombia	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos	No	
Guatemala	Dirección General de Recursos Humanos	Sí	Sí
Ecuador	Dirección de Gestión de Recursos Humanos	No	
Nicaragua	División General de Recursos Humanos	No	
Honduras	Departamento de Desarrollo de REHUS	Sí	No
Perú	Dirección Sectorial III RHUS ex IDREH	No	
Paraguay	Instituto Nacional de Salud	Sí	Sí
Panamá	Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos	No	
República Dominicana	Dirección General de RRHH	Sí	No
Trinidad y Tobago	Human Resource Unit	Sí	Sí
Uruguay	Dirección de Recursos Humanos de la Administración de Servicios de Salud del Estado	Sí	No
Venezuela	Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo (Dirección de Línea)	No	

Fuente: Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud.

3.4 Sistema de incentivos

De la información recogida, se logró determinar un nivel medio de implementación de un sistema de incentivos en las unidades analizadas. Destaca Brasil con un nivel de avance importante en cuanto a la promoción de la educación permanente y especialización y República Dominicana, con un grado importante de avance en la implementación de incentivos por desempeño y la promoción general de un sistema de incentivos. Existe un grupo de países con un nivel de avance regular en la implementación de sistemas de incentivos: Bolivia, Colombia, Nicaragua,

Panamá, y Venezuela. Finalmente un grupo de países con un grado de avance mínimo en la implementación de este tipo de incentivos: Guatemala, Ecuador, Perú, Paraguay y Uruguay.

Autocalificación sobre la implementación de sistema de incentivos (1: Poco avance, 5: Avance destacado)

Países	Unidades	Existencia de incentivos para promover la educación permanente	Existencia de incentivos para promover tipos de especialización	Existencia de incentivos para premiar el desempeño	¿En qué grado la Unidad ha promovido sistemas de incentivos	Incrementos salariales equivalentes al 50 % del salario base.	Incentivos por antigüedad en el servicio Incentivos por trabajo en zonas fronterizas y lejanas
Bolivia	Unidad de Recursos Humanos	1	1	3	3		
Brasil	Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud	4	4	2	3		
Colombia	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos	1	3	1	2		
Guatemala	Dirección General de Recursos Humanos	1	1	1	1	5	
Ecuador	Dirección de Gestión de Recursos Humanos	1	1		1		
Nicaragua	División General de Recursos Humanos	3	3	3	5		
Perú	Dirección Sectorial III Recursos Humanos en Salud ex Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos - IDREH	1	2	1	3		
Paraguay	Instituto Nacional de Salud	1	1	1	1		
Panamá	Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos	2	2	3	2		
República Dominicana	Dirección General de RRHH	1	1	4	4		5
Uruguay	Dirección de Recursos Humanos de la Administración de Servicios de Salud del Estado	1	1	1	1		
Venezuela	Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo	2	3	1	1		

Fuente: Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud

3.5 Temas debatidos en políticas de recursos humanos

Se han podido identificar ocho temas recurrentes con respecto a políticas de recursos humanos, mencionados en forma sistemática por los informantes en las encuestas. Señalamos cuatro de ellos: la formación de recursos humanos (10 países), la regulación de la carrera sanitaria y administrativa (ocho países), la dotación de personal (ocho países) y la definición de políticas de salarios y remuneraciones (ocho países).

Temas debatidos en políticas de RRHH durante el último año en el sector salud

Países	Unidades	Dotación de personal	Política de Salarios y Remuneraciones	Formación de Recursos Humanos	Sistema de Información de REHUS	Regulación de la Carrera Sanitaria y Administrativa	Sistemas de incentivos	Gestión de RRHH	Reestructuración de la Unidad	Otros
Bolivia	Unidad de Recursos Humanos	X	X		X					
Brasil	Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud		X	X		X		X		X
Canadá	Health Human Resources Strategies Division (i.e. health human resource planning/coordination functions)		X	X						
Colombia	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos	X		X	X	X	X			
Guatemala	Dirección General de Recursos Humanos		X			X				
Ecuador	Dirección de Gestión de Recursos Humanos			X		X				
Nicaragua	División General de Recursos Humanos		X			X		X		
Honduras	Departamento de Desarrollo de REHUS	X	X							
Perú	Dirección Sectorial III Recursos Humanos en Salud ex Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos - IDREH	X	X	X	X	X				
Paraguay	Instituto Nacional de Salud			X						X
Panamá	Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos			X						
República Dominicana	Dirección General de RRHH	X		X		X	X	X		X
Trinidad y Tobago	Human Resource Unit	X		X					X	

Países	Unidades	Dotación de personal	Política de Salarios y Remuneraciones	Formación de Recursos Humanos	Sistema de Información de REHUS	Regulación de la Carrera Sanitaria y Administrativa	Sistemas de incentivos	Gestión de RRHH	Reestructuración de la Unidad	Otros
Uruguay	Dirección de Recursos Humanos de la Administración de Servicios de Salud del Estado	X	X			X				
Venezuela	Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo (Dirección de Línea)	X		X				X		X

Fuente: Instrumento 2. Cuestionario para gestores de REHUS de los Ministerios de Salud

4. CONCLUSIONES Y PROPUESTA DE ACCIONES

Los resultados de la presente investigación, sobre las unidades de recursos humanos en salud, confirman que el tema de recursos humanos está ahora más posicionado en la Región; sin embargo las unidades de recursos humanos, direcciones u otras expresiones organizativas -según el país- no lo hacen con similar dinamismo. Esto quiere decir que las iniciativas actuales de recursos humanos son lideradas y desarrolladas, en la mayoría de los casos, desde las altas direcciones o en las comisiones de concertación sobre recursos humanos, con acompañamiento en algunos casos de los directores pero no de las unidades como un todo.

Un indicador de la relevancia que ha ido asumiendo el tema de recursos humanos lo constituye el hecho de que ocho de los nueve países consultados, señalaron que el momento en que la unidad había tenido un mejor posicionamiento en los últimos diez años era el actual. Concretamente, Brasil, Canadá, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Uruguay reportaron estar viviendo etapas de ascenso del tema.

Por otra parte, el estudio permitió constatar que existe una transición de las unidades de recursos humanos más lento que el desarrollo mismo del tema de recursos humanos. En este sentido, el panorama es bastante heterogéneo y son pocos los casos en la Región que están en la doble situación de parálisis del tema y de sus unidades; la mayoría está en la situación de resurgimiento del tema y viviendo procesos de reestructuración progresivos (caso Perú, Honduras y Nicaragua entre otros); una minoría se encuentra en la etapa de resurgimiento del tema, sin adecuaciones organizacionales de sus unidades (caso Paraguay); y finalmente, hay países en donde se presenta la doble situación de relevancia del tema y pertinencia organizacional de su unidad, como Brasil y Canadá.

A partir de lo anterior, se puede decir que la Región está ingresando en una tercera ola de reestructuraciones institucionales de las oficinas de recursos humanos en salud, luego de atravesar dos etapas claramente marcadas: administrativista/burocrática y post-reformas de los 90, dejando claro que este proceso no es lineal: en algunos casos priman los rasgos de la etapa burocrática; en otros casos, algunos rasgos de la etapa de marginalidad; y en la mayoría de los casos se presenta un nuevo gerencialismo en el campo, con rasgos entremezclados de las tres etapas.

Los resultados también muestran que hay reestructuraciones progresivas y regresivas, estructuras sistémicas y estructuras "ad hoc" a las correlaciones y territorios, modificaciones integrales y adiciones parciales. Las superposiciones de funciones entre las varias unidades existentes en cada país, las divisiones entre las áreas al interior de las unidades y el número de niveles de las estructuras de las mismas, incluso las denominaciones de las mismas, permiten rastrear no sólo el peso de las tradiciones administrativas y modelos de gestión puestos en juego en cada reestructuración, sino hasta los enfoques y paradigmas de los que partieron. Ya no se está en el enfoque de la administración de personal, pero la denominación de recursos humanos ha empezado a acompañarse de apelaciones a la gestión (Brasil) y a las personas y a los talentos (Chile y Bolivia), lo cual constituye señales claras de lo emergente.

En un nivel de análisis más específico, algunos de los aspectos que podrían destacarse de los resultados de este estudio son los siguientes.

A nivel de la organización y funciones de las unidades de recursos humanos, se encontró que de los 17 países que respondieron al cuestionario, seis países tienen una sola unidad y los 11 países restantes tienen una situación de rectoría compartida entre varias unidades. Con respecto al nivel de las unidades de recursos humanos en los organigramas, de las 31 reportadas, cuatro se encuentran en el primer nivel de las estructuras ministeriales, 13 en el segundo nivel y 14 en el tercer nivel.

- En lo que respecta a la evolución de las unidades, se distinguen básicamente tres etapas: La primera etapa de creación y desarrollo de las oficinas de personal o sus equivalentes (ésta se inscribe en el contexto de desarrollo del modelo burocrático en las administraciones públicas latinoamericanas); la segunda etapa, durante los 90, se caracteriza por la pérdida de importancia de las unidades de recursos humanos, en consonancia con la evasión de la problemática de recursos humanos durante la ola de reformas de esa década; y la tercera etapa, que viene desde fines de los 90 hasta la actualidad, se caracteriza por el relanzamiento del tema y la reestructuración de las unidades de recursos humanos.

- En lo que respecta a las funciones de las unidades de gestión de recursos humanos, de los 16 países que suministraron la información, la situación que se encontró es la siguiente:

- Cinco países no tienen el problema de la superposición de funciones por tener una sola unidad de REHUS;
- Cinco países tienen dos unidades pero con funciones bien delimitadas, por lo que no existe superposición; y
- cuatro países en donde los Ministerios de Salud tienen varias unidades con yuxtaposición de funciones.

- En todos los casos se encontró que existe una normatividad que respalda la estructura y funciones de las unidades de recursos humanos. Estas normas tienen diferentes nombres y son de diferente tipo (manuales de organización y funciones, reglamentos, resoluciones, leyes).

En cuanto a los recursos humanos con que cuentan las unidades estudiadas, la información recogida a través de los cuestionarios cualitativos y cuantitativos aplicados, proporcionó información sumamente interesante. Por ejemplo, con respecto a la composición de las unidades se identificaron tres tipos: aquellas en donde una proporción importante de sus trabajadores son profesionales, aquellas en las que la mayoría de su personal es técnico y, finalmente, aquellas en las cuales la mayoría de trabajadores son administrativos.

- En cuanto al nivel de profesionalización de las unidades de REHUS, el estudio arrojó la siguiente información: las unidades en las que la mayoría de sus trabajadores son profesionales son seis, de las 14 que respondieron a este ítem en la encuesta. Un segundo tipo de unidades en las cuales más del 40% de sus trabajadores son técnicos. En estas prima la gerencia operativa sobre la estratégica. Un último tipo sobre la composición del personal de las unidades es aquel en donde la mayoría de trabajadores que las conforman son administrativos. En este tipo se identificaron tres países:

- En cuanto a los procesos de capacitación promovidos por la unidad, solamente 10 de los 15 países que respondieron a la pregunta han realizado o propuesto realizar cursos de capacitación en los últimos dos años. Además, se encontró que la mayoría de las unidades no cuentan con planes anuales para la capacitación del personal, pese a que vienen realizando este tipo de actividades. Las razones de ello tienen que ver con la escasa planificación de la capacitación, la falta de financiamiento y los pocos recursos humanos con cuentan las unidades para este tipo de actividades.

- En cuanto a la permanencia de los directores de las unidades de REHUS, se encontró dos tipos de situaciones. La primera, que es el caso de la mayoría, comprende a las unidades con directores estables, en las cuales los actuales directores se han mantenido en el puesto por más de dos años, lo cual ha garantizado la implementación de políticas y estrategias de mediano plazo al interior de las unidades. La segunda situación corresponde a aquella donde ha contado con hasta dos directores en este mismo periodo de tiempo.

- En general, la dotación de infraestructura es calificada como insuficiente por la mayoría de las unidades analizadas, en particular se identificó déficit en la relación entre los equipos disponibles y el número de personal con que cuentan las unidades. Concretamente, sobre la dotación de equipos informáticos revela un déficit en cuanto a la disponibilidad de equipos, lo cual dificultó

ta el trabajo del personal en las unidades. Finalmente, de acuerdo con la información recogida, los recursos financieros de que disponen las unidades se consideran como limitados. De manera general el presupuesto nominal de las unidades, en la mayoría de los casos, se ha incrementado ligeramente o se ha mantenido igual.

En cuanto a la gestión de las unidades de recursos humanos, último eje temático tratado en este estudio, de los 15 países que brindaron información sobre este tema, la mayoría de las unidades (ocho) tienen alcance institucional, es decir ejercen sus funciones básicamente al interior del Ministerio de Salud. Un número algo menor de unidades (siete) cuentan con alcance sectorial, es decir sus funciones y decisiones rigen las políticas y estrategias de todo el sector salud en el tema de recursos humanos. Finalmente, otro grupo de unidades (seis) cuentan con alcance extrasectorial, es decir sus decisiones en términos de regulación y gestión de recursos humanos influyen en las políticas de recursos humanos de todo el país. De la misma manera, existen unidades que mantienen coordinaciones con otros prestadores de salud, como mutuales, seguros sociales y seguros privados.

- En cuanto a la utilización de herramientas estratégicas de gestión, la mayoría de ellas son utilizadas por las unidades. Las herramientas de gestión más utilizadas son: los presupuestos anuales, los planes operativos o programaciones anuales, las definiciones de misión y visión de las unidades, así como los planes estratégicos de REHUS. Los instrumentos de gestión menos utilizados son los sistemas de monitoreo y evaluación, los estudios sobre proyecciones de la oferta y demanda de REHUS y la definición técnica de prioridades de capacitación.

- Con respecto a la existencia de sistemas de información de recursos humanos, de los 14 países cuyas unidades respondieron esta pregunta, solamente ocho cuentan con este sistema y, finalmente, con respecto a la existencia del sistema integrado de información sobre REHUS, de los ocho países que cuentan con un sistema de información en general, la mitad (cuatro) posee un sistema de información de REHUS integrado.

- Finalmente, en cuanto a los temas recurrentes con respecto a políticas de recursos humanos, mencionados en forma sistemática por los informantes en las encuestas, se pueden destacar los siguientes: la formación de recursos humanos, la regulación de la carrera sanitaria y administrativa, la dotación de personal y la definición de políticas de salarios y remuneraciones.

En conclusión, encontramos que desde el punto de vista organizativo existe una amplia gama de formas de organización de las unidades de recursos humanos, lo cual parece estar relacionado con la diversidad de abordajes y objetos de intervención, que en algunos casos está más limitado a una función operativa, y en otros a temas de política y planificación.

Dentro de ese mismo concepto, se identifican dos áreas: una es la política/regulación/normativa y otra es la relacionada con la operativa, relacionada con la administración de recursos humanos. No obstante, cabe destacar que se identifican temas que pueden calificarse como "fronterizos", en donde no está claro cuál es su plano institucional, si es que se está manejando conceptos diferentes o si esto debe compartirse como es el caso de la gestión del trabajo.

Finalmente, pareciera dominar en la región una visión más operativa de los recursos humanos, con lo cual su nivel jerárquico tiende a ser terciario, en tanto se visualiza como una función de carácter más operativo.

Algunas preguntas relevantes que podrían formularse a partir de estos hallazgos son: ¿Cómo superar la fragmentación organizacional, dada la coexistencia en el territorio de infraestructura y capacidades de diversos subsistemas con escasa coordinación e integración?, ¿Cómo lograr superar el debilitamiento de las capacidades institucionales de la autoridad nacional sanitaria, es decir del Estado, relacionadas con la gestión económica-financiera y de generación de recursos en materia de recursos humanos?, finalmente, ¿Cómo racionalizar las estructuras y for-

talecer la gobernabilidad institucional y sectorial para la consecución de los objetivos sanitarios y el fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos?

Desafíos para el futuro inmediato

En Santiago de Chile (1999), la OPS lanzó la iniciativa de creación de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Inicialmente, los Observatorios cumplieron funciones de información y de análisis para, posteriormente, convertirse en espacios o foros de discusión y de priorización de los problemas que confrontan los recursos humanos.

En la sexta reunión regional de los Observatorios, realizada en Brasilia en noviembre del 2004, surgieron entre los jefes de personal de los ministerios de Salud presentes los elementos de una agenda común. Esta discusión permitió conducir a la Reunión Regional de Toronto (Canadá), en el 2005, cuyo objetivo era la construcción de esa agenda. Fue allí, en Canadá, que de lo específico se dio paso a un consenso alrededor de cinco grandes desafíos que estructuran las voluntades de acción y de cooperación. El producto fundamental de esa reunión fue el Llamado a la Acción para una “Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas”, que coincide en el tiempo con el período para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2015).

Más recientemente (Brasilia, septiembre 2007), se llevó a cabo el “Seminario Internacional de Directores de Recursos Humanos de Salud”, en el cual se conocieron los resultados de la investigación sobre las unidades REHUS, y se definieron a la vez las prioridades de intervención para su fortalecimiento y la gestión de los recursos humanos en salud.

Estas prioridades se relacionan con aquellos temas que fueron expresados en los grupos de trabajo tanto de la Región de las Américas como de las regiones de AFRO y EMRO las cuales fueron convocadas por la OMS. Los temas recurrentes en estas discusiones se relacionan con:

- La necesidad de construir y/o fortalecer las capacidades institucionales de las direcciones de recursos humanos en lo que se refiere al desarrollo de sus recursos humanos, el desarrollo organizacional y el intercambio activo de experiencias, colaboración técnica y recursos para el desarrollo del tema en la Región es un tema que se destaca como de suma importancia para el fortalecimiento del área.
- Surge como un tema clave para la toma de decisiones la continua generación de información sobre las diferentes temáticas que se plantean como desafíos para el desarrollo de las unidades en el contexto del desarrollo de los sistemas y servicios de salud. Por lo tanto el tema de la investigación y la generación de capacidades en red de los investigadores y de abordajes metodológicos de la investigación es el tema central de esta área de trabajo.
- Por último los grupos de trabajo resaltaron que el acercamiento de las unidades de recursos humanos y los temas relacionados con la autoridad sanitaria es sustancial para su desarrollo por lo tanto se considera de suma importancia el desarrollo de un proceso sostenido de abogacía y posicionamiento en la agenda política y técnica del desarrollo de la salud en el plano nacional.

Estas áreas críticas identificadas por los grupos de trabajo constituyeron el insumo más importante para la elaboración del plan de cooperación técnica, el cual fue formulado con participación de funcionarios de la OMS, OPS, Ministerio de Salud de Brasil –Secretaria do Gestao de Educacao e Trabalho en Saude y de Health Canada. Los cuales en el marco de una reunión de coordinación realizada en el mes de marzo del 2008 en Costa Rica definieron trabajar conjuntamente en los siguientes puntos:

Las metas del escenario de salida y estrategia 2008-2011, según las tres áreas prioritarias definidas, son:

- Construcción de capacidades
 - Elaborar una Propuesta de Cooperación Técnica en ejecución para Desarrollo Organizacional de las Unidades de REHUS con amplia participación de los países de la Región y la OPS/OMS.
 - Desarrollar una red de cooperación técnica en la Región de las Américas y África sobre Gestión de REHUS.
 - Se plantea como meta al finalizar el periodo de un año contar con al menos diez países participando de la Red en las Américas.
 - Se plantea realizar al menos dos foros internacionales realizados, con impacto.
 - El PROGESUS (Programa de formación en gestión del sistema único en salud de Brasil) adaptado para la CT.
 - HHR Strategy adaptado para la CT y vinculado a la iniciativa de PROGESUS Internacional.

- Fortalecimiento de la investigación y difusión.
 - Sistema de indicadores de desempeño de unidades de REHUS y gobernanza en REHUS, como parte de la agenda de investigación en REHUS, investigación con impacto en políticas públicas.
 - Red de investigación formada en REHUS, en 2 regiones (AL y África).

- Abogacía y posicionamiento en la agenda.
 - Estrategia de comunicación definida y formulada.
 - Plan de publicaciones de mediano y corto plazo.
 - Grupo de Trabajo sobre el tema, en reunión Regional de Observatorios (10-12 noviembre 2008) – 13 noviembre: Oficina de Trabajo sobre Plan 2009.

5. HONDURAS: EL CONSEJO NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD COMO FACTOR CLAVE EN EL RELANZAMIENTO DEL TEMA DE RECURSOS HUMANOS³

Honduras viene de vivir una larga etapa de postergación de los recursos humanos en salud, que cubrió toda la década de los 90 y casi todo lo que va de los años 2000. En opinión de las personas entrevistadas, con el nuevo gobierno (instalado en febrero del 2007) apenas han empezado a removerse algunos obstáculos, en medio de muchos tropiezos.

En el presente estudio se expone la estrategia hondureña de relanzamiento del tema de los recursos humanos, basada en la convocatoria y funcionamiento del Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud, instancia multisectorial de formulación y concertación de políticas, planes, programas y proyectos para la gestión del desarrollo de los recursos humanos en el sector salud, con repercusiones también extra-sectoriales.

5.1 Antecedentes: el retroceso del interés por los recursos humanos

Algunas de las características que presentó el campo de los recursos humanos durante el período de retroceso del tema fueron las siguientes: a) Abandono de las actividades de capacitación al personal; b) pérdida de pertinencia de la formación universitaria en salud; c) primacía del criterio político en la contratación de personal y selección de cargos directivos; d) falta de profesionalismo en la gestión y; e) ausencia de respuesta al creciente problema de las migraciones.

Una muestra del abandono de las actividades de capacitación fue la concentración de las grandes inversiones en equipamiento, tal y como ocurrió con el proyecto que se llamó “Reinge-

³ Caso formulado por el Dr. Juan Arroyo, a solicitud de la Unidad de Recursos Humanos de la OPS, luego de una visita a Honduras, en agosto de 2007.

nería y Modernización de la Secretaría de Salud”, en el que se gastó cerca de 70 millones de dólares, sin llegar a invertir ninguna suma en el fortalecimiento de capacidades del personal.

Respecto al segundo punto mencionado, se perdió la relación con las universidades y los centros formadores de REHUS y los planes de estudio devinieron en caducos. En Honduras existen alrededor de seis mil médicos, de los cuales el Estado emplea solamente 2,500. Hay entonces un número importante de médicos que trabaja en el sector privado.

Dado que no se hace una revisión de los currícula de formación de médicos y enfermeras desde 1980, el tipo de médicos que se viene graduando tiene una formación eminentemente hospitalaria, sin mayor interés por brindar atención en los centros de salud, ni en reconocer la importancia de la Atención Primaria. Ni los médicos del Estado ni los privados quieren trabajar en las zonas rurales del país, o si lo hacen terminan por regresar muy pronto.

Antes en las zonas rurales de Honduras estaban los denominados guardianes, o agentes comunitarios de salud, pero ahora esa red de promotores está muy descuidada y, en los últimos 20 años no se ha logrado resolver el problema de la baja disponibilidad de recursos humanos en estas zonas. Una de las soluciones propuestas recientemente ha sido la revisión de los currícula de los diferentes programas de formación en salud, pues el Ministerio de Salud siente que el sistema universitario no le está ofreciendo al país el tipo de recurso humano que se requiere. Incluso, hay quienes plantean que el propio Ministerio debe dedicarse a la formación y capacitación de personal comunitario, que es algo que se abandonó hace un tiempo. Falta, nos explican los entrevistados, una reorientación de la formación hacia una medicina más comunitaria, más preventiva, tomando en cuenta el perfil epidemiológico del país. Este problema también abarca a las enfermeras, quienes se han ido convirtiendo cada vez más en personal administrativo.

El tercer problema ha venido siendo la dotación de personal conforme a criterios políticos y no técnicos. El sectarismo político, explican todos los entrevistados, hizo que se contratara personal que no reunía los requisitos del cargo; que se distribuyeran los beneficios, si existían, por favoritismo y no conforme a una evaluación de desempeño; y que cada cuatro años, con los cambios de gobierno, se barriera no solo con el nivel político (Ministros, Viceministros y Directores Generales) sino también con los técnicos. Sólo en algunos programas ha habido permanencia de los técnicos, como con el Programa de Inmunizaciones, por la presencia de los organismos internacionales. Obviamente, este manejo provocó una reducción progresiva de las capacidades técnicas, de gestión, de los establecimientos de salud.

El cuarto problema refiere al déficit de gestión que enfrenta el país en este campo. Este es un problema crónico en el Sector Salud, al punto que en el anterior gobierno, el Ministro de Salud no era médico sino administrador, que fue designado en dicho cargo para reforzar la calidad de la gestión pública, sin embargo, realmente no hubo un cambio en ese sentido. Al inicio del actual gobierno se encargó del despacho de salud a un médico pediatra, que no conocía mucho del tema de gestión de REHUS, por lo que comenzaron lo que los errores en este campo no si hicieron esperar. Uno de ellos fue la quiebra de la estructura de mando del Ministerio con el nombramiento de asesores de los Directores, que tenían relación directa con el Ministro. Otro fue la centralización de los nombramientos de personal, lo que generó un recargo del trabajo en el nivel central y traslados de personal sin conocimiento de sus jefes en el interior. Finalmente, se afectó al sistema hospitalario, desordenándolo, pues la ausencia de supervisión y monitoreo hizo que muchos hospitales no funcionaran ni operaran después de las cinco de la tarde, entre otras razones, por falta de anestesistas, con lo cual todos los pacientes resultaban referidos al Hospital Catalino Ríos o al Hospital Escuela, que veían abarrotados sus consultorios. Como parte de este desorden, el Hospital Escuela tuvo durante este último año y medio seis directores.

El quinto problema grave de los recursos humanos en salud en Honduras es el de la migración. Hasta hace unos 10 años esto no era un problema, sin embargo, hace poco el Hospital Mario

Catalino Rivas tenía 100 plazas disponibles para enfermeras que nadie quería ocupar porque las enfermeras se han ido a trabajar a las maquilas, en donde trabajan una jornada y ganan mejor que en un servicio de salud. Si bien se han hecho algunas mejoras salariales al personal, subsiste el problema del déficit de enfermeras profesionales. La Presidenta del Colegio de Enfermería ha dicho que existen más de 100 enfermeras profesionales preparándose en el país para irse a trabajar a los Estados Unidos.

5.2 La Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud (CONARHUS)

Ante la problemática anteriormente reseñada, la actual administración gubernamental, convencida de que si no mejora la situación del recurso Humano no va a mejorar la respuesta técnica del sistema de salud a los problemas de salud de la población, planteó reactivar la Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud (CONARHUS), formada desde hace muchos años (1972) y desactivada a inicios de los años 90. La CONARHUS está centrada en el tema de recursos humanos en salud pero al tener una composición multisectorial, se ha convertido en el cuerpo asesor de las distintas Secretarías del Estado y en una importante entidad de asesoría técnica de la Unidad de Desarrollo de REHUS.

La CONARHUS está integrada por un consejo conformado por diferentes entidades integrantes del Sector Salud y del Estado hondureño. Ya en 1985 había formulado las primeras políticas en REHUS, centradas en el desarrollo de todo un plan de educación permanente del personal, a nivel nacional. La nueva etapa de la CONARHUS inició recientemente, en junio del 2006, y ya para julio se logró la aprobación y validación de su Reglamento Interno, sin cambiar su marco legal, elaborado en 1985.

La CONARHUS cuenta con tres niveles: el nivel político (integrado por los Ministros de Salud, de Educación, del Trabajo, del Servicio Civil y por los Secretarios de Estado); el nivel técnico (con representantes técnicos seleccionados por el nivel político, con reuniones cada mes); y el nivel de asesoría técnica y financiera, del cual forma parte la OPS. La Secretaría Técnica de Cooperación (SETCO), como instancia transversal para todas las instituciones de Estado, es quien tiene la Secretaría General de CONARHUS; por otro lado, la Unidad de REHUS de la Secretaría de Salud tiene la coordinación técnica. Bajo este esquema, las convocatorias son realizadas por la Secretaría de Salud y el de Departamento de Desarrollo de REHUS fija la agenda.

En la actualidad se ha consolidado un equipo de 15 instituciones que componen el CONARHUS. La asesoría de la cooperación internacional está dada por OPS y JICA, y la asesoría nacional es brindada por profesionales que han tenido un desempeño valioso en el desarrollo de REHUS en los últimos 20 años. Estos asesores nacionales son expertos que ya están jubilados y tienen una dedicación importante al Comité, por ejemplo la Licenciada Eva Luz de Alvarado, o el doctor Jorge Haddad, que fue también Jefe de la Unidad y que actualmente preside la Comisión de Transición de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), máxima casa de estudios del país.

Las instituciones integrantes de la CONARHUS son: la Secretaría Técnica de Cooperación (SETCO), la Secretaría del Trabajo, la Secretaría de Educación, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), los Colegios Magisteriales (principalmente el Colegio Médico y el Colegio de Enfermeras Profesionales de Honduras), el Servicio Civil (que regula el empleo público en el país) y el Ministerio de la Presidencia, que es representado por el Secretario del Gabinete de Gobierno. Finalmente, conforman la CONARHUS otras instancias de carácter formador, como el Instituto Nacional de Formación Profesional (INFOP), la UNAH como representante de las universidades públicas y la Universidad Católica de Honduras, en representación de la Asociación de Universidades Privadas. En estos momentos se está planteando la incorporación de la Subgerencia de REHUS del Ministerio de Salud.

El proceso de re-convocatoria de la CONARHUS fue peculiar pues no partió de una norma legal sino de la invitación de los profesionales y técnicos interesados en el tema. El proceso actual comenzó con la convocatoria del nivel técnico, reuniéndose primero el personal que mostraba compromiso personal e institucional con el desarrollo de REHUS, en los ámbitos institucionales de varias Secretarías del Estado. Estas personas fueron convocadas primero como individuos y posteriormente se sondeó si tenían incidencia a nivel político. Una vez identificado esto, si no poseían influencia en el nivel político esperado, se invitaba adicionalmente a otra persona que sí tuviera este enlace con el nivel político. Así, con esta experiencia se fueron haciendo las re-adequaciones del reglamento para su revisión en el Congreso, formulándose el Reglamento Interno de CONARHUS, el Plan Estratégico para dos años y el Plan Operativo para 18 meses. Luego, con este mismo equipo técnico, se hizo un trabajo de convencimiento con cada uno de los Secretarios de Estado, hasta que finalmente la Ministra de Salud convocó a la instalación, hecho que contó con la cobertura de 27 medios de comunicación.

En el nivel político, CONARHUS ha sido el espacio de concertación y acuerdo sobre normas e intervenciones a nivel del Seguro Social y a nivel del Servicio Civil (revisión del Manual de Sueldo y Salario, regulación sobre el personal auxiliar técnico, Regulación de los Técnicos medios y de la Educación Media) y a nivel de todas las Secretarías implicadas. La Secretaría de Servicio Civil es la encargada de hacer las evaluaciones de los servidores públicos, aunque quien decide finalmente es cada ministerio o secretaría. En este sentido, la CONARHUS tiene alcance extra-sectorial. Evidentemente cada secretaría toma sus disposiciones y así ha pasado en salud. Por ejemplo, esta instancia ha realizado el cierre de algunas instituciones de formación de auxiliares de enfermería no acreditadas por la Secretaría, medida que expresa el empoderamiento que CONARHUS ha dado a las distintas Secretarías.

Por su parte, el Consejo Técnico de CONARHUS viene trabajando fuertemente desde junio del 2006 y cuenta con una alta credibilidad, fruto de su composición y trabajo. Es presidido por el Dr. Medina, responsable de la Unidad de Recursos Humanos de Salud desde hace dos décadas. Con este nivel técnico se ha validado el Plan Decenal del Departamento y se han formulado los documentos que han pasado luego al nivel político. Lo que falta aún es construir un marco legal que asegure la permanencia y la sostenibilidad de los procesos y logros que la CONARHUS viene promoviendo, de tal forma que sean independientes de las personas que conforman el mismo CONARHUS y de las instituciones que éstas representan.

5.3 El rediseño organizacional de la unidad de REHUS

Evidentemente todo este proceso nacional, público y privado, ha obligado a repensar el rediseño organizacional y el posicionamiento institucional de la Unidad de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, lo cual viene sucediendo.

El Departamento de Desarrollo de REHUS del Ministerio de Salud de Honduras es antiguo y se creó en 1972, como punto de apoyo de las políticas de universalización y ampliación de cobertura que entonces se plantearon. El objetivo central era garantizar la formación del recurso humano que iba a desempeñarse dentro del enfoque de atención primaria, en las nuevas instancias en formación, los Centros de Salud Rural (CESAR), Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO) y los Centros Hospitalarios en Área Rural (CHAR).

Todo esto se eliminó en la etapa de retroceso del tema de recursos humanos, lo cual se expresó en la marginación de la Unidad de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, que antes de esta etapa era una División de nivel jerárquico mayor y que con la reorganización que se impulsó, en los 90, quedó como un Departamento. Ahora que se ha retomado el tema, se viene planteando un cambio del esquema organizacional encargado del tema de recursos humanos en el Ministerio de Salud. En consecuencia, en el Taller de Desarrollo Organizacional en que se está revisando actualmente la estructura organizativa del Ministerio, el Vice-Ministerio de Política Sectorial ha hecho la propuesta de elevar la Unidad de Recursos Humanos a nivel de Dirección General.

5.4 El apoyo en la red de REHUS de OPS y COMISCA

El relanzamiento actual del tema de recursos humanos en Honduras, se apoya fuertemente en la nueva corriente internacional de revalorización de los recursos humanos para el mejoramiento del desempeño de los sistemas de salud.

Sus protagonistas hablan de los acuerdos de la Reunión de los Observatorios de Recursos Humanos de Toronto, en octubre del 2005, como una de sus fuentes. A raíz de ello, han venido expresando su preocupación e interés en las reuniones de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), en las que el Vice-ministerio de Política Sectorial ha participado en representación de Honduras.

Dado que en Nicaragua se viene viviendo un proceso similar, de reorientación hacia una atención más humanizada, basada en un enfoque de recursos humanos, se aprobó formular un proyecto sub-regional y se le encomendó a Nicaragua y Honduras dicha labor, con el apoyo de la OPS y del Sistema de Integración Centroamericano (SICA). También se ha integrado a El Salvador y a Panamá en dicho proyecto, habiéndose propuesto formar un Centro de Formación y Capacitación en Panamá. La iniciativa ya cuenta con financiamiento y va tener un órgano de conducción, formado por un delegado de cada país. El proyecto sin embargo va más allá de iniciativas puntuales saludables, como la de formación del Centro, proyectándose iniciar el trabajo conjunto con el levantamiento del inventario de los recursos humanos de toda la sub-región.

6. NICARAGUA: EMPEZANDO POR ORDENAR LA CARRERA SANITARIA⁴

El presente estudio de caso expone el esfuerzo que viene desarrollando la actual gestión de la División General de Recursos Humanos, por reinstalar los derechos de los trabajadores con una nueva Ley de Carrera Sanitaria en el Ministerio de Salud, que está a punto de ser vista en la Asamblea Nacional para su discusión y aprobación.

Esta es la iniciativa más importante de la actual División General de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de Nicaragua, que a lo largo de su historia ha pasado por tres épocas bien definidas: una primera correspondiente al primer periodo de gobierno sandinista, entre 1979 y 1990; una segunda correspondiente al periodo liberal, entre 1991 y el 2005, y una tercera correspondiente al actual periodo de gobierno sandinista, iniciado en enero del 2007.

6.1 Luego de 15 años de retroceso, una nueva oportunidad

Los últimos 15 años han representado una etapa muy difícil para los recursos humanos en salud de Nicaragua, por el desequilibrio entre los empleadores y los trabajadores y un tipo de gestión de los recursos humanos tendiente al sometimiento del trabajador, según refiere el Lic. José Murillo, actual Director de la División.

Todo lo que se había avanzado con el primer gobierno sandinista, retrocedió. La revolución sandinista en su primera etapa, a criterio de Murillo, representó un quiebre de suma importancia para el sector salud y para los trabajadores de salud. Antes de dicho periodo existía un sistema de salud segmentado y de baja cobertura, que con la revolución pasó a convertirse en un sistema integrado, pues el Seguro Social fue absorbido por el Ministerio de Salud, haciendo que el financiamiento público reemplazara las aportaciones para el Seguro. El nuevo enfoque fue el de

⁴ Estudio de caso desarrollado por Juan Arroyo a solicitud de la Unidad de Recursos Humanos de la OPS, luego de la visita a Nicaragua en agosto del 2007.

un sistema universal, equitativo, participativo y regionalizado. Esto hizo que el acceso se ampliase y la dotación de profesionales creciera exponencialmente, pues hacia 1979 había sólo ocho a nueve mil trabajadores para todo el país, mientras que en 1983 ya llegaban a 15 y 16,000 los trabajadores de salud.

Pero no sólo creció el número y la disponibilidad de recursos humanos, sino también hubo una mejor valoración del personal: hubo un énfasis muy fuerte en la formación de recursos humanos, diseñándose un sistema nacional de formación que priorizó la Atención Primaria. En el aspecto jurídico-institucional, la unidad tuvo por primera vez el perfil de una oficina.

Sin embargo, para 1987 los efectos de la guerra ocasionaron un retroceso en el desarrollo del sistema de salud nicaragüense. La crisis económica producto de la lucha armada trajo una reducción de la inversión en tecnología e infraestructura y lo que fue más grave, el empuje inicial hacia la promoción y prevención fue reemplazado por un énfasis en lo asistencial. A fines de los 80 se intentó el reordenamiento del sistema de salud, virándose nuevamente hacia la atención primaria, con la municipalización de la atención y la apertura hacia la participación ciudadana, pero ello fue interrumpido por el quiebre que significó el ingreso de otra política general a partir de 1990.

Durante el periodo liberal, que duró entre 1990 y el 2005, se tuvo otro enfoque sobre la organización del Sistema Nacional de Salud. Hacia 1993-94, en correspondencia con los planes de ajuste estructural y el fortalecimiento del sector privado, se dispuso la separación del Ministerio de Salud y el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), produciéndose con ello el regreso de la atención de los asegurados a esta última entidad. Dado que este reacomodo debía contar con una importante participación del sector privado, el Decreto de ajuste a la Ley de Seguridad Social creó las Empresas Médicas Previsionales encargadas de vender servicios al seguro. Durante esta etapa estas empresas tuvieron un “boom” ofreciendo servicios, con lo que el Seguro Social se convirtió en una plataforma financiera para la expansión del sector privado en salud.

Con el retorno del Sandinismo al gobierno, se está volviendo a debatir con el INSS, por qué las aportaciones de los trabajadores deben financiar -como un fondo privado- a las empresas previsionales. Además, en cierta medida el sistema público subsidia al sistema privado, pues atiende a los asegurados en las emergencias y estabiliza a los pacientes, antes de su traslado a las clínicas provisionales, sin recibir compensación alguna.

El proceso nicaragüense de recursos humanos está así fuertemente teñido por la presencia de cuadros de trayectoria sindical en el Ministerio, no sólo en el caso del actual director de recursos humanos del MINSA, sino del abogado de la Federación de Trabajadores de Salud, quien influye en la toma de decisiones claves del Ministerio.

6.2 El retome de los derechos laborales bajo la forma de carrera sanitaria

La nueva administración en recursos humanos formuló al inicio de su gestión un Plan Anual, sin embargo, problemas internos de índole administrativo obligaron a la unidad a ocuparse de resolver esos problemas, así como de resolver el problema del bloqueo del sistema informático de la nómina (julio de 2008), que ocupó mucho tiempo. Parte de los problemas administrativos eran la existencia de 1.200 cargos en la nómina correspondiente a personas que tenían una función diferente a su nivel salarial, o la completa distorsión de la estructura de perfiles, aspectos que han sido fuente de desmotivación para los trabajadores. Eso explica el énfasis puesto por la actual administración en volver las cosas a su normalidad. De esta forma, el tema de la carrera administrativa o sanitaria ha resultado condición sine qua non para retomar luego el conjunto de tareas.

La situación general entonces no es la de un cambio normativo, pues la fase de reordenamiento se basa en la misma base normativa procedimental previa, completamente transgredida por la

administración anterior. Lo que ha cambiado es el enfoque sistémico y la gran política que se basa ahora en la Novena Política General de Salud del nuevo gobierno sandinista, que se refiere al desarrollo de los REHUS. El sandinismo no desea ingresar al debate sobre si está desarrollando o no una reforma en salud. Sus gestores contestan que en esta fase la reforma es la recuperación de la gratuidad de la atención y la descentralización, que deberá dejar quitar todo lo que es operativo del nivel central y pasarlo a los departamentos, desarrollando toda la capacidad para poderse interconectar directo en el actual Sistema de Hacienda.

¿Cuál ha sido la trayectoria del tema de la carrera sanitaria en salud? A finales del primer gobierno sandinista se había aprobado la Ley 70 de Servicio Civil de la Carrera Administrativa, desarrollada para garantizar la estabilidad laboral de los trabajadores públicos y para permitir el ingreso y la promoción del personal por mérito vía concursos públicos. Esta ley fue derogada por el nuevo gobierno entrante en 1990. En 1996 se volvió a generar un movimiento por la aprobación de una Ley de Servicio Civil de la carrera administrativa, legislación que finalmente salió en el 2002, luego de una gran negociación política. Esto hizo que no fuese muy favorable a los trabajadores, porque producto de las negociaciones, contiene contradicciones legales en cuanto a estabilidad laboral y en cuanto a los cargos de confianza, en opinión de Murillo.

En el actual gobierno sandinista, tanto el sindicalismo como el Ministerio de Salud, han impulsado una nueva Ley de Carrera Sanitaria en el Ministerio de Salud, que ya ha sido formulada y que está en la Asamblea Nacional para su discusión y aprobación. Esta Ley busca desaparecer la división entre el denominado “trabajador común” y el “trabajador propio” en el personal del Ministerio de Salud, división que se hace entre los administrativos y los trabajadores de asistencia directa. Todos van a estar cubiertos por la carrera, a diferencia de antes, en que la carrera solo cubría a los de asistencia directa.

6.3 La nueva División de Recursos Humanos

En términos organizativos, la División General de REHUS depende directamente de la Ministra de Salud. Tiene en su interior tres áreas: la de Planificación y Gestión de REHUS, la de Administración de Salarios y Relaciones Laborales y la de Educación en Salud. Cuenta actualmente con 47 trabajadores y profesionales. Asimismo, existe una Gerencia de Recursos Humanos similar en el Seguro Social, si bien el Seguro nicaragüense no tiene servicios propios. En contraste, la División General del Ministerio de Salud coordina y tiene jerarquía sobre todas las Unidades Operativas de Recursos Humanos existentes en los hospitales, los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) y centros de salud. Nicaragua tiene 17 departamentos y en cada uno funciona 1 SILAIS.

La organización de la unidad de REHUS ha sufrido diferentes cambios a lo largo de estas últimas décadas. Primero fue solo una oficina y en el primer gobierno sandinista se elevó a una subdirección que pertenecía al área administrativa. Desde 1991 se convirtió en Dirección General, que a nivel reglamentario es una división por denominarse así en Nicaragua a los órganos de apoyo. A su vez, siendo parte del Ministerio, se le considera parte del servicio civil en el Estado, adscrito al Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Una muestra del nuevo rol dado a la División de Recursos Humanos es que ahora conduce las negociaciones con las fuerzas laborales organizadas, es decir, es la representante del Ministerio ante el sindicalismo en el área de la salud. Durante todo el periodo anterior, la Unidad de Recursos Humanos no fue importante en este rol, cubierto finalmente por los cargos de confianza del Ministro o el Ministro mismo. Durante estos seis meses de nuevo gobierno, la División ha retomado el protagonismo que le compete, habiendo tenido dos negociaciones importantes representando al Ministerio ante el sindicalismo.

Actualmente la División se encamina a conformar una Mesa Sectorial laboral permanente. Se está haciendo un ensayo de ello con la Comisión Nacional de Política Salarial, que no es exactamente una mesa sectorial, pero que ya tiene varios actores permanentes integrados. La Mesa

Sectorial es importante porque deberá expresar la preocupación tanto de los trabajadores como de los gestores por el Sistema de Salud y no sólo por el tema de la política salarial.

Finalmente, el manejo del presupuesto ha cambiado también. Antes la Gerencia de REHUS manejaba la nómina operacionalmente, pero no el presupuesto, que era manejado por la Dirección de Economía. Ello trajo problemas de mala ejecución. Desde el cambio de gobierno la Alta Dirección dispuso que la Dirección manejara el aspecto operativo pero también el presupuesto. Si bien el control de la ejecución lo tiene la Dirección Económica, solo se ejecuta lo que la Dirección de REHUS autoriza.

6.4 Lo urgente y lo importante

Los problemas centrales que la nueva división viene afrontando en el campo de recursos humanos están relacionados con la carrera administrativa, la baja disponibilidad de personal de salud, el inadecuado perfil de los currícula universitarios, el débil sistema de servicio civil de los recién egresados, la existencia de una franja importante de la tercera edad entre el personal de salud, y la relación conflictiva con los promotores de salud heredada de años anteriores.

En primer lugar, existe escasez de personal en algunos campos profesionales y especialidades en el sistema de salud nicaragüense. Uno de los casos más notorios es la falta de auxiliares de enfermería. Como en Nicaragua no existió la Licenciatura en Enfermería por un buen tiempo, cuando se abrió, todas las enfermeras que eran profesionales se hicieron licenciadas y las auxiliares se hicieron a su vez enfermeras o licenciadas. Esto conllevó a que ahora no se cuente con auxiliares en enfermería.

De otro lado, la ausencia de planificación en la formación de recursos humanos en salud, ha determinado que no existan los perfiles profesionales que el país requiere. Claro está, el Ministerio ha logrado comprender que su rol no es asumir la formación sino la regulación de la formación. En los 80 había un Vice-ministerio de Docencia en Salud, porque la institución era formadora del recurso humano del Ministerio de Salud. Con la progresiva autonomía de la academia, se fue entendiendo que el Ministerio de Salud está fundamentalmente para prestar servicios y no para formar recursos. Lo que debe hacer es capacitar, actualizar a su personal y formular políticas, según entienden los actuales gestores de la unidad. Por eso desde la unidad corresponde determinar cuáles son las necesidades de recursos que tiene el Ministerio y ello se debe coordinar con la academia, a través de la Dirección de Docencia e Investigación.

Otro punto importante es el relacionado con el Servicio Social de los egresados y con los que ingresan a trabajar al Ministerio. De conformidad con la Ley del Servicio Social, todos los perfiles técnicos, superiores y profesionales deben hacer el Servicio Social por 3 años. En los 90 este sistema se restringió bastante y actualmente el MINSa sólo exige servicio civil a los médicos y enfermeras y por un año. Ello está siendo hoy reevaluado, planteándose que se restaure el sistema y sea obligatorio para los trabajadores se queden en el Ministerio. A finales del año pasado, este requerimiento se amplió para los técnicos de laboratorio y se espera hacer lo mismo con otros profesionales.

Un asunto preocupante es la existencia de una franja importante de tercera edad en el personal de salud. Hay mucho personal que no está motivado acogerse al retiro, por la pésima pensión que le espera, producto de muchos años de con salarios muy bajos. Como la jubilación es voluntaria en Nicaragua, incluso luego de los 60 años, deciden permanecer en el puesto. El sistema de salud tiene 25,000 trabajadores y hay allí un problema por venir: el volumen de cesantías y jubilaciones que deberán producirse en los próximos años.

Por último, un tema espinoso es el de los promotores de salud, pues todo el trabajo con ellos, activado durante los 80, fue abandonado en los 90. Lo anterior generó una desconfianza entre los promotores de salud que están organizados en el movimiento comunal, en relación con el Estado. Ahora, con la instauración del nuevo gobierno sandinista, esta desconfianza se ha con-

vertido en una traba para el impulso que el actual gobierno le quiere dar a los consejos de poder ciudadano.

7. PERÚ: EL DEBATE SOBRE EL REDISEÑO ORGANIZACIONAL⁵

El Perú es un país cuya trayectoria en recursos humanos en salud ha tenido un sentido inverso al del resto de países de América Latina: viene de vivir un auge en el tema entre los años 2000 y 2006, pasando a partir de entonces a atravesar una etapa de receso mientras se define su transición organizacional, del anterior Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) a la nueva Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

En el Perú ha habido tres etapas en la historia de los recursos humanos: 1) la que abarcó las décadas de 1960 a 1980, en que primó la regulación desde el enfoque intervencionista; 2) la que abarcó los 90, en que se destruyó la regulación previa y se dio paso a la multiplicación de entidades formadoras en salud; y 3) la etapa 2000-2006, en que se empezó a reconstruir la regulación, pero en una confrontación permanente y de pronóstico reservado entre los actores regulacionistas y los desregulacionistas.

Tal como fue planteado en el "Informe País sobre Recursos Humanos", presentado por el Perú en la reunión de Toronto (octubre del 2005), en los 90 hubo una quiebra de la relación anterior entre la oferta de las universidades e institutos y la demanda de profesionales y trabajadores de salud por los servicios, a lo que se añadió un aumento de la productividad sin incremento de salarios. Todo ello generó una situación de desgobierno de la formación en salud y gran conflictividad laboral. Lo positivo de esta crisis de rectoría, sin embargo, es que el desorden originó una reacción que permitió la aparición de actores regulacionistas, que se han sumado a la solitaria lucha que desde mucho tiempo atrás venía dando la Comisión Nacional del Residentado Médico (CONAREME), por regular la formación en salud en un campo específico, el de las residencias médicas. Es así como surgió en 1999 la Comisión de Acreditación de Facultades de Medicina (CAFME), para controlar el incremento exponencial de Facultades de Medicina; entró la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) a la regulación también a fines de los noventa y se formaron hace poco el Sistema de Pregrado en Salud y el Sistema Nacional de Acreditación y Certificación. El IDREH ha sido un animador de este proceso entre los años 2003 y 2006, hasta su liquidación en febrero del 2007. El presente caso ilustra la importancia de un buen rediseño organizacional de la Unidad de Recursos Humanos como clave para los recursos humanos en salud.

7.1 La fundación del IDREH

El Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), se fundó sobre los activos y pasivos de la Escuela Nacional de Salud Pública del Perú "Dr. Mario León Ugarte" (ENSAP), creada en 1963. Todos los estudiosos de la evolución de la salud en el Perú, opinan sobre el importante rol que cumplió la Escuela en la producción de conocimientos y reproducción de material académico, especialmente en los campos de la salud pública y la planificación en salud, en sus décadas iniciales de vida. Mario León Ugarte tuvo un gran ascendiente sobre los salubristas de la época, al punto que presidió la Comisión de Reforma en Salud formada en 1976. Era entonces considerado casi un rector. No es casual que en 1983 se promulgara la Ley N° 23733 o "Ley Universitaria", que incluyó a la Escuela en el ámbito universitario. En 1985 la Escuela de Salud Pública del Perú se convirtió formalmente en la "Escuela Nacional de Salud Pública" definida ésta como el Instituto Nacional encargado de promover y realizar acciones educativas dirigidas a elevar la capacidad y potencial del personal de Salud.

En ese entonces la Escuela cumplía todas las funciones del Estado prestador y, por tanto, era no sólo una entidad reguladora sino también proveedora de capacitación y de formación en sa-

⁵ Estudio de caso elaborado por el Dr. Juan Arroyo, a solicitud de la Unidad de Recursos Humanos de la OPS, WDC, agosto del 2007.

lud. Es más, era más capacitadora que promotora de la investigación o reguladora de la actividad educativa o laboral en salud. Sin embargo, ya en los años 80 experimentó un lento declive. Cuando el enfoque de mercado se hizo hegemónico en el gobierno peruano en los 90, la Escuela fue desmantelada de recursos y funciones, y no quedaron ni trazos de su origen y trayectoria original. La Escuela no se percató del cambio en los tiempos y prosiguió tratando de ser lo que ya no podía ni debía ser, una entidad organizadora de programas académicos cada vez más discutibles, copias de copias, sin asumir lo que le correspondía por ser función estratégica estatal: la regulación y la investigación de temas críticos para la toma de decisiones.

Mientras ella declinaba las universidades cubrían el país de postgrados en salud, hasta un punto en que la pérdida de legitimidad de la Escuela convocó al Ministro Eduardo Pretell del Gobierno de Transición, formado luego de la renuncia imprevista del ex Presidente Fujimori, a conformar mediante la Resolución Ministerial N° 106-2001-SA/DM del 15 de febrero del 2001 una Comisión Sectorial encargada de formular la propuesta de reestructuración de la ENSAP, conformada por los Drs. Eduardo Paredes, Juan Arroyo y Constantino Domínguez.

Fue en dicha Comisión que se formuló la propuesta de creación de un Instituto Nacional, siguiendo el modelo mexicano del Instituto de Salud Pública de Cuernavaca, que incorporó la anterior Escuela de Salud Pública de México dentro de sus funciones priorizadas de investigación y desarrollo científico de frontera. El informe final de esta Comisión de Reestructuración fue elevado en junio del 2001 al Ministro de Salud. Finalmente, en el año 2002, se creó el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, IDREH, sobre la base de la ENSAP, en un modelo diferente que el mexicano si bien bajo la denominación de Instituto y la característica organizacional de ser un Organismo Público Descentralizado, autónomo en su manejo.

De esta manera, el Ministerio de Salud, intentaba dotarse de una unidad orgánica que asumiese la responsabilidad de estructurar integralmente las políticas de recursos humanos, y entrar a abordar el difícil tema de la articulación de la docencia y los servicios en los establecimientos de salud.

7.2 Los logros de la etapa de auge 200-2006 del tema de recursos humanos

La recuperación de la regulación en el campo de recursos humanos se ha venido dando entre los años 2000 y 2006, en un juego entre el IDREH, por parte del Estado, los colegios profesionales, la cooperación técnica internacional y las ONGs. De ahí que las iniciativas más importantes en lo que va de esta década sean las siguientes:

1 Aporte del IDREH en la formulación concertada de políticas de recursos humanos y en la regulación de las residencias y pre-gradados, entre el 2003 y 2006.

2 Regulación de la calidad de la formación médica desde la Comisión de Acreditación de las Facultades de Medicina (CAFME), formada en 1998.

3 Regulación de la calidad profesional, con el proceso de la recertificación, impulsado por el Colegio Médico del Perú, entre el 1999 y la actualidad.

4 Apoyo técnico de las ONGs, la cooperación internacional (OPS, Proyecto AMARES, Pathfinder, DFID) y los especialistas en recursos humanos, desde el Grupo de Iniciativa para la Calidad de la Educación Superior (GIDES).

a) El IDREH como promotor de la concertación interinstitucional y formulador de nuevas políticas de REHUS.

Si bien el IDREH fue creado el 2002, empezó prácticamente a funcionar en el año 2003 y de manera plena en el 2004. Sus funciones se dividieron en dos grandes áreas: la Dirección de Políticas y la Dirección de Formación y Perfeccionamiento. En la práctica todas las nuevas fun-

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

ciones, referidas a la formulación de políticas, el planeamiento estratégico de REHUS y la regulación de la educación y gestión del trabajo, fueron agrupadas en la Dirección de Políticas, mientras las viejas funciones de formación directa y capacitación de la Escuela Nacional de Salud Pública, se agruparon en la Dirección de Formación y Perfeccionamiento, con lo cual se generó una bifurcación o dos lógicas institucionales, según cuentan los entrevistados.

En su corta vida, el IDREH fue un gran articulador de las iniciativas que desde diferentes entidades del sector salud se generaron. Con la participación de actores nacionales y regionales, oficializó los ocho Lineamientos de Políticas en REHUS y definió un Plan de Implementación para las Políticas, similar al Plan Decenal planteado en Toronto en el 2006. Asimismo, emprendió un estudio de las Prioridades de Especialización en Medicina, para orientar el Sistema Nacional de Residentado Médico. Propuso la creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pre-grado de Salud (SINAPRES), como un espacio de regulación del acceso y la gestión de los campos clínicos. Y planteó que el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUM), asumiera criterios para la asignación de plazas en espacios de escaso desarrollo y gran pobreza y fuese parte de un nuevo Servicio de Salud Comunitaria, consiguiendo que el programa estatal “Juntos” financie plazas para tres profesiones (medicina, enfermería y obstetricia) bajo la estrategia de formación de equipos de trabajo destinados a las provincias más lejanas del país.

Asimismo, se planteó la formación del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME), para integrar todas las profesiones de salud y para instituir un sistema tripartito, con reguladores (Colegio Médico, ASPEFAM y MINSA), prestadores (MINSA, ESSALUD) y formadores (universidades), conformándose un Comité Nacional y Comités Regionales. Finalmente, el IDREH realizó el Ier. Encuentro Nacional de REHUS para el debate de las políticas de recursos humanos, realizado en noviembre del 2005, evento que contó con una serie de reuniones preparatorias a nivel regional y macrorregional. Parte de este proceso ascendente fue también la realización en Lima, en octubre del 2006, de la reunión regional de Observatorios de Recursos Humanos en Salud.

b) Los aportes a la regulación desde la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM).

Más allá de si le corresponde a ASPEFAM un rol regulador, la realidad la ha convertido de hecho en una entidad en cierta medida normativa de aspectos de la formación médica. La presencia activa de ASPEFAM en la regulación tuvo su hito inicial en marzo del 2001, cuando el Consejo Directivo de ASPEFAM, bajo la presidencia del Dr. Fausto Garmendia, aprobó constituir la “Comisión de Readecuación del Cronograma de Internado de las Facultades de Medicina del Perú”. La citada Comisión presentó una propuesta al Consejo Directivo de ASPEFAM que permitiría homogenizar todos los cronogramas de internado a nivel nacional, acortando en un mes la duración de éste, y permitiendo que todos los internos inicien el año de formación el 1° de enero de 2004. Desde entonces la ASPEFAM logró que todas las facultades de medicina tengan un calendario común de internado. Dado el éxito, la “Comisión de Internado” se transformó en “Comisión de Pregrado”, presentando una propuesta para constituir el Comité Nacional de Pregrado de Salud. Posteriormente, en años recientes, ASPEFAM volvería a regular la calidad de la formación médica, al acordar un examen nacional para todos los egresados de las facultades de medicina, que se toma anualmente y cuyos resultados son puestos en conocimiento de las autoridades de cada facultad.

c) La creación del Comité de Pregrado de Medicina (COPREME) y del SINAPRES.

El 13 de agosto de 2004 se firmó y el 26 de agosto se publicó la Resolución Ministerial N° 804-2004/MINSA que conformó el Comité de Pregrado en Medicina (COPREME). Este comité surgió como iniciativa conjunta de ASPEFAM y el IDREH por generar un espacio de articulación del Ministerio de Salud con las facultades de medicina. De acuerdo con lo contemplado en dicha resolución, este Comité está “encargado de la planificación, organización, monitoreo y eva-

luación del proceso de integración docencia-servicio e investigación en pregrado, entre los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y las universidades que cuentan con Facultades o Escuelas formadoras de Profesionales de medicina". Si bien se formuló una propuesta de Reglamento del COPREME, en la práctica esta propuesta fue subsumida en lo que constituiría el Comité Nacional de Pregrado de Salud del SINAPRES.

De otro lado, en abril de 2005, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina aprobó su Plan Estratégico 2005-2010, en el cual se señala como problema a abordar con prioridad el "conflicto en la distribución de los campos clínicos". Para viabilizar las acciones en relación a los campos clínicos se creó la Comisión Mixta de Alto Nivel, designada por Resolución Ministerial N° 100-2005/MINSA. Como producto de su trabajo, la citada Comisión presentó 3 propuestas iniciales para estructurar un marco de articulación docencia – servicio: un Sistema Nacional de Pregrado de Salud, las Bases para la elaboración de Convenios de Cooperación entre el Ministerio de Salud y las Universidades con Facultades de Ciencias de la Salud y un Modelo de Convenio Marco de Cooperación Docente Asistencial entre el Ministerio de Salud y la Universidad. Al poco tiempo el MINSA los asumió como documentos normativos.

La propuesta del Sistema Nacional de Articulación Docencia, Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES) representó un salto cualitativo con respecto al Comité de Pregrado de Medicina (COPREME), por incorporar una perspectiva integral, nacional y descentralizada en el abordaje de las relaciones entre el espacio de la formación y el de los servicios. En octubre del 2005 se publicó en el Diario El Peruano el Decreto Supremo N° 021-2005-SA que creó el Sistema Nacional de Articulación Docencia – Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES). El Sistema fue definido como la instancia de articulación entre las instituciones formadoras de profesionales de la salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud del Ministerio de Salud y sus ámbitos geográfico-sanitario, con pleno respeto a la autonomía universitaria.

En esta norma se estableció que el Comité de Pregrado de Medicina (COPREME) que había sido creado por Resolución Ministerial 804-2004/MINSA, se constituía como Subcomité de Pregrado de Medicina del SINAPRES; el comité fue llamado CONAPRES. La ceremonia de instalación del Comité Nacional de Pregrado de Salud (CONAPRES), se realizó en enero de 2006. La corresponsabilidad en el proceso se expresa en la alternancia en la Presidencia del Comité Nacional de Pregrado de Salud y del Comité Nacional de Residentado Médico, entre el IDREH y ASPEFAM, un año cada uno. Todo este sistema de regulación es el que estaba empezando a funcionar cuando la desaparición del IDREH interrumpió el proceso.

c) El impulso de la regulación desde la cultura de la calidad y la defensa del status profesional: la creación de CAFME en 1998 y del SINEACE el 2003.

La creación indiscriminada de Facultades de Medicina en los 90 en el Perú, generó la preocupación en un grupo de instituciones conformado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la Academia Nacional de Medicina, ASPEFAM y el Colegio Médico del Perú, que en 1998 presentaron al entonces Ministro de Salud Marino Costa, el planteamiento de generar una contención legal a esta multiplicación mediante una Ley de Acreditación de Facultades de Medicina.

El tema de la acreditación venía circulando con anterioridad en el sector salud, pues en 1992 ASPEFAM ya había organizado un seminario sobre acreditación de Facultades de Medicina, pero encontró su ventana de oportunidad con el incremento indiscriminado de instituciones formadoras en medicina. El 11 de julio de 1999, mediante la Ley N° 27154, se institucionalizó la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina Humana del país, para garantizar la calidad e idoneidad de la formación académico profesional de los médicos y de la atención de salud a la comunidad. La Ley creó la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (CAFME), presidida por un representante del Ministerio de Salud e integrada por representantes del Ministerio de Educación, la Asamblea Nacional de Rectores, el Consejo para la Autorización

del Funcionamiento de Universidades y el Colegio Médico del Perú, comisión a la cual se le encargó de la conducción y gestión del proceso. De esta manera se acordó que sólo se colegiarían y autorizaría el ejercicio profesional a médicos egresados de Facultades de Medicina acreditadas.

En el año 2000 se aprobó el Reglamento de la Ley N° 27154 y en el año 2001 se emitieron los Estándares Mínimos para la acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina mediante la Resolución Suprema N° 013-2001-SA, al igual que los Estándares Mínimos para la creación de Facultades o Escuelas de Medicina, con la Resolución Suprema N° 252-2001-SA. Ese mismo año se iniciaron las visitas de verificación. En el año 2003 se aprobó el Código de Ética de verificadores e integrantes de CAFME (Resolución Ministerial 652-2003-SA) y se hizo la actualización de los Estándares Mínimos de Acreditación (Resolución Suprema N° 004-2003-SA). Una última actualización de los Estándares Mínimos de Acreditación se hizo nuevamente el año 2006.

Al final, este proceso de acreditación en medicina sirvió de referencia para la creación del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE) y la generalización del proceso de acreditación a todas las carreras universitarias. En el 2003 la Ley General de Educación creó el Organismo del SINEACE y dispuso para el caso de la Educación Superior, la creación de un organismo a ser generado y normado por ley específica. Finalmente el 2006 se aprobó la Ley N° 28740 que creó el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa, a cuya normatividad deberá ajustarse en adelante CAFME.

Se puede decir que desde su fundación en 1999, CAFME ha sido uno de los contrafuertes de la desregulación en la formación en salud, siendo vista con expectativa por la amplia mayoría sectorial que opina en contra de la multiplicación indiscriminada de nuevas facultades de ciencias de la salud y de la mediocrización de la formación en salud. Luego de 7 años de implementación del proceso de acreditación, CAFME ha sido un motor a favor de una cultura de calidad en las Facultades de Medicina. Sin embargo, curiosamente dejó de funcionar una vez que se le quiso elevar como ejemplo para un sistema de acreditación nacional más amplio, el SINEACE. Ahora no hay ni la una ni la otra.

d) El proceso de la recertificación profesional impulsado desde los colegios profesionales.

La amenaza de la formación de baja calidad motivó también otra línea de respuesta de la propia corporación médica, la recertificación profesional. Esta fue asumida por el Colegio Médico del Perú (CMP), que en paralelo al proceso que generó la CAFME, realizó en Lima en 1998, seminarios de sensibilización sobre el tema, tomó conocimiento de experiencias internacionales a través de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL), procedió a recarnetizar a sus colegiados colocando en el carné la especialidad médica y el tiempo de caducidad y promovió en 1999 una reunión técnica en que se plasmó un planeamiento estratégico sobre recertificación.

Es importante destacar que la experiencia peruana de recertificación médica no es una experiencia de regulación del Estado sino de auto-regulación profesional. El Colegio Médico tiene para ello atribuciones pues es el garante ante la sociedad de la calidad del ejercicio profesional, si bien ello no tiene que estar contrapuesto con el respaldo estatal a este proceso autónomo, que no se ha dado. Quizás influyó en el carácter autorregulado de la recertificación el hecho de que, una vez iniciado el proceso por el Colegio Médico, hubo el intento de incluir el relicenciamiento periódico obligatorio en la Ley General de Salud, esto es, la amenaza de perder cada cierto número de años la habilitación profesional, por lo que el surgimiento transaccional del proceso de recertificación médica (entre el Estado, el CMP y los médicos) determinó su carácter voluntario y basado en cursos. En los dos primeros años del programa se presentaron 9,000 expedientes y en los siguientes dos años alrededor de 2,500. En lo que va del 2006 se han recertificado aproximadamente 1,000 médicos.

e) El Grupo de Iniciativas para la Calidad de la Educación Superior (GICES).

El Grupo de Iniciativas para la Calidad de la Educación Superior (GICES) es un colectivo de instituciones y profesionales interesados en la mejora de la calidad de la educación superior. Ha emergido como un espacio de trabajo, reflexión y colaboración, desde la sociedad civil, vinculando voluntariamente profesionales que se desenvuelven tanto en el sector público como en el privado, motivados por promover la calidad en los asuntos de la educación superior universitaria y no universitaria. Este grupo de trabajo ha tenido un importante papel en la gestación del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior (SINEACE), y viene aportando de manera importante en las discusiones en torno al Reglamento de este Sistema y a los de la Ley Universitaria. Precisamente la propuesta del GICES es que debe formularse una nueva Ley de Educación Superior.

El GICES se formó en mayo del año 2003, en una reunión de trabajo en la que participaron los socios del Consorcio Catalyst - Pathfinder, así como algunos congresistas de la República y otras personalidades invitadas, con el objeto de dar a conocer el trabajo que se venía realizando en el terreno de la acreditación de escuelas y facultades de carreras de las ciencias médicas y certificación de profesionales. Está conformado por más de 10 instituciones interesadas en el tema, así como profesionales a título personal. Desde entonces, se han llevado a cabo varias e importante reuniones técnicas, se han formado tres comisiones de trabajo (sobre aspectos técnicos, legitimación del proceso y decisión política) estableciendo cada una de ellas sus propios planes de trabajo y cronogramas de reuniones. El Grupo edita el boletín EduCalidad y ha venido promoviendo la discusión y el trabajo con las universidades, los colegios profesionales, el Ministerio de Educación, el Congreso de la República y el poder ejecutivo, canalizando propuestas que se enmarcan en los principios de calidad con equidad.

7.4 La disolución del IDREH y el debate sobre su transición a Dirección General de Recursos Humanos

El IDREH fue puesto en cuestión como modelo organizacional de la autoridad sanitaria en el campo de recursos humanos no a partir de su trayectoria y logros sino como fruto de disposiciones generales referidas a la Reforma del Estado, emanadas desde el Ejecutivo entre noviembre del 2006 y febrero del 2007. En esta última fecha la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) dispuso la fusión en modalidad de absorción del IDREH por el MINSA y dejó de existir el IDREH como Organismo Público Descentralizado, integrándose a los órganos de línea del Ministerio en una fórmula transitoria mientras se emite el nuevo Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del MINSA. Esto ha hecho que todo el proceso previo se haya visto seriamente afectado.

Vale la pena relevar que el nuevo gobierno, instalado en agosto del 2006, dispuso fusionar en menos organismos los 86 organismos públicos descentralizados y programas sociales que habían proliferado en la década de los 90, en razón de las duplicidades e ineficiencias que esto generaba. Para ello, el Decreto Supremo N° 080-2006-PCM, publicado el 4 de noviembre de 2006, dispuso actualizar el inventario de programas sociales y el establecimiento de lineamientos para su fusión, articulación y/o integración. Este inventario y propuesta de fusión y articulación se terminó en enero del 2007 y, en menos de 30 días entre febrero y marzo, comenzaron a emitirse los decretos supremos de fusiones de OPDs, proceso inimaginable antes por la larga tradición de feudalización de las instituciones visible en el Perú.

Lamentablemente, en el caso de salud el proceso de fusiones expuso lo actuado por el IDREH al riesgo de un marco organizativo que podría afectar su eficacia y efectividad, dependiendo de la salida final que se dé a este debate. Al inicio hubo opiniones que plantearon distribuir las funciones del IDREH en las diferentes dependencias del MINSA: la función de formulación de políticas y de planeamiento debía ir a la Oficina General de Planeamiento, la de formación, descentralizarse, y así con cada una. Dado que, como se sabe, además del IDREH existe la actual

Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, que se encarga de la política de personal, el rediseño organizacional ha debido también involucrarla.

Existiendo en Perú un acelerado proceso de descentralización, se ha visto que esta dependencia se transforme en Oficina de Personal, que forme parte de la Oficina General de Administración (OGA), circunscribiendo su accionar a la administración del personal del pliego del nivel central del MINSA, por pasar esta función de administración de personal a las Direcciones Regionales de Salud de los Gobiernos Regionales a partir de enero del 2007. Al final del debate sobre el futuro del IDREH, se ha acordado generar una nueva Dirección General como órgano de línea, con las funciones del ex IDREH además de la función de gestión del trabajo, que estaba en la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), con la denominación de Dirección General de Recursos Humanos.

En la actualidad, el nuevo ROF contempla a esta Dirección General con dos sub-unidades, la de Gestión del Trabajo y la de Gestión de la Educación, un tanto a la brasileña (SEGETES). Este Reglamento se encuentra aún en trámite en las dependencias de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), lo que ha originado un interregno de incertidumbre sobre si podrá proseguir el ascenso del tema de recursos humanos en el nuevo formato organizacional.

ANEXO 1:

TABLAS DE DIMENSIONES, VARIABLES E INDICADORES DEL ESTUDIO

Dimensiones	VARIABLES	ID	Indicadores	Tipo de variable
Historia	Acervo organizacional	1	Tiempo de existencia de la Unidad en años	Cuantitativa
		2	Eventos centrales en la trayectoria de la Unidad en los últimos 10 años	Cualitativa
		3	Cambios en la institucionalidad encargada de los REHUS en los últimos 10 años	Cualitativa
		4	Cambios en el posicionamiento de la institucionalidad de REHUS en el Ministerio y en el sector en últimos 10 años	Cualitativa
		5	Razones de un mejor o peor posicionamiento y relevancia en últimos 10 años	Cualitativa
Estructura	Nicho institucional	6	Número de Unidades que gestionan REHUS	Cuantitativa
		7	Institución huésped de la Unidad de REHUS	Cualitativa
		8	Ley de creación de la Unidad (documentación)	Cualitativa
		9	Número y tipo de funciones que cubre cada Unidad	Cuantitativa/Cualitativa
		10	Nivel de la Unidad: Dirección de Primer Nivel/ Segundo Nivel / Tercer Nivel	Cualitativa
	Complejidad	11	No. de niveles dentro de la Unidad	Cuantitativa
		12	No. y tipo de áreas existentes en la Unidad	Cuantitativa/Cualitativa
	Estructuración	13	Reglamento de Organización de Funciones o similar vigente	Cualitativa
		14	Manual de Organización de Funciones o similar vigente	Cualitativa
	Recursos	Recursos Humanos	15	Número de personal de la Unidad de REHUS
16			Número de profesionales en la Unidad según tipo de contrato	Cuantitativa
17			Número de personal técnico de la Unidad según tipo de contrato	Cuantitativa
18			Número de personal administrativo de la Unidad según tipo de contrato	Cuantitativa
19			Número de personal de otro tipo (voluntario, practicante) en la Unidad según tipo de contrato	Cuantitativa
20			Número de años de experiencia en REHUS de los directores	Cuantitativa /Cualitativa
21			Número de doctores, maestros y licenciados entre el personal profesional	Cuantitativa
22			Tiempo de rotación promedio del Director(a) en los últimos 5 años	Cuantitativa /Cualitativa
23			Número de cursos de capacitación en REHUS organizados por la Unidad en los últimos 2 años para su personal	Cuantitativa

Dimensiones	Variables	ID	Indicadores	Tipo de variable	
		24	Número de cursos de capacitación en REHUS tomados por el personal de la Unidad	Cuantitativa /Cualitativa	
		25	Percepción de la dotación de personal y sus capacidades por el Director y/o jefes de áreas	Cualitativa	
	Infraestructura y equipamiento	26	Existencia de Oficina propia para su utilización	Cualitativa	
		27	Número de computadoras funcionando según tipo	Cuantitativa	
		28	Auditorios para conferencias existentes en la Unidad	Cuantitativa	
		29	Salas de reuniones existentes en la Unidad y amplitud	Cuantitativa	
	Recursos para la comunicación e informatización	30	No. de computadoras con conexión a internet en la Unidad	Cuantitativa	
		31	No. de líneas telefónicas existentes en la Unidad	Cuantitativa	
		32	No. de equipos de multimedia	Cuantitativa	
		33	Nivel de informatización de los procesos de gestión de REHUS	Cuantitativa /Cualitativa	
	Recursos financieros	34	Monto del presupuesto total de la Unidad en los últimos 3 años (2004-2006, dólares americanos)	Cuantitativa	
		35	Convenios de cooperación técnica y financiera vigentes en REHUS y sus montos	Cuantitativa /Cualitativa	
	Gestión	Funciones normadas y efectivas	36	Número y tipo de funciones que cubre efectivamente la Unidad	Cuantitativa /Cualitativa
		Alcance de la gestión	37	Alcance de la gestión Institucional , sectorial y/o extra-sectorial	Cualitativa
Nivel de división técnica interna		38	Existencia de una sub-unidad para cada función (políticas y normas, formación y capacitación, gestión del trabajo, etc.)	Cualitativa	
Articulación y concertación		39	Existencia de instancia de coordinación y/o concertación interinstitucional en el sector entre MINSA y Seguro Social	Cualitativa	
		40	Existencia de CONARHUS (Comisión Nacional de Recursos Humanos) o instancia similar de concertación sobre el tema de REHUS entre el estado y organizaciones de sociedad civil	Cualitativa	
		41	Existencia de instancia de coordinación y/o concertación entre el Estado y gremios de trabajadores y profesionales	Cualitativa	
Planificación y Herramientas estratégicas		42	Existencia de documento de Planificación de la demanda y oferta proyectadas de REHUS en el país	Cualitativa	
		43	Existencia de definición técnica de las prioridades para la capacitación	Cualitativa	
		44	No. y temas de documentos de políticas, normas, directivas, reglamentos, etc. emitidos en los últimos 3 años por la Unidad (nombre, año, tema)	Cuantitativa	
		45	Existencia de Plan Estratégico de REHUS o similar	Cualitativa	
		46	Existencia de Plan Operativo o programación anual	Cualitativa	
Monitoreo y evaluación		47	Existencia de informes periódicos de seguimiento o monitoreo de actividades y productos en los últimos 3 años	Cualitativa	
Motivación		48	Percepción del clima interno dentro de la Unidad	Cualitativa	
		49	Número y tipo de incentivos materiales y no materiales para el personal	Cuantitativa/Cualitativa	

ANEXO NO. 2:

ESTRATEGIA PARA EL ANÁLISIS DE LAS UNIDADES DE RECURSOS HUMANOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Primer paso: Diseño básico

La idea del estudio realizado es que sirva de apoyo a la implementación, eficaz y efectiva, de la agenda regional de recursos humanos acordada en Toronto. Con la finalidad de obtener una idea clara y consensuada sobre el tipo de estudio que era necesario realizar, se elaboraron inicialmente tres documentos, para el debate: (i) Planteamiento Metodológico, (ii) Sistema de variables e Indicadores (iii) Cronograma de Trabajo.

El Plan de Trabajo contenía la metodología a ser aplicada en el estudio, como una línea base de capacidades institucionales e individuales, que contemplara la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas de acercamiento a la realidad de las unidades de recursos humanos de salud.

Para el desarrollo de estas técnicas se determinaron ejes de análisis sobre los cuales se han analizado las unidades de REHUS, respondiendo a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el proceso histórico vivido por la institucionalidad en REHUS en el país?
- ¿Cuál es el posicionamiento y relevancia del trabajo de la Unidad? ¿Cuándo tuvo avances o retrocesos, y por qué?
- ¿Cuál es el nivel de la Unidad de Recursos Humanos en la estructura del Ministerio de Salud?
- ¿Cuál es el grado de división técnica o especialización programática de la Unidad de REHUS para cumplir sus funciones?
- ¿Cuál es la dotación de personal en términos de número y calidad, de la Unidad de REHUS?
- ¿Cuáles son las funciones que efectivamente gestiona la Unidad de REHUS?
- ¿Cuál es el ámbito de intervención de la Unidad de REHUS?
- ¿Cuál es el nivel de convocatoria y concertación de la Unidad de REHUS?

El diseño metodológico contempla variables e indicadores de las unidades de recursos humanos en las siguientes dimensiones:

- **Historia:** Esta dimensión alude a la trayectoria de la unidad, el momento de su creación, sus eventos principales y las características de la última etapa.
- **Estructura:** Esta dimensión hace referencia a los niveles de desarrollo organizacional de las unidades de REHUS, tomando en cuenta los niveles de división del trabajo, especialización, complejidad para la toma de decisiones y acervo organizacional.
- **Recursos:** Este aspecto hace referencia a los recursos financieros, humanos, de infraestructura y comunicación con que cuentan las unidades para realizar sus funciones.
- **Gestión:** Esta dimensión analiza las capacidades de las unidades de REHUS para cumplir con sus funciones de rectoría, formulación de políticas, articulación, capacitación y formación. Así mismo, analiza los niveles de institucionalización de procesos de planificación, ejecución y control, seguimiento y evaluación que se realizan en las unidades de REHUS.

Las *variables e indicadores* asociados a las dimensiones presentadas y acordadas en los talleres de Washington y Brasilia, y operacionalizadas en los instrumentos, se presentan en tablas anexas (Anexo No. 1).

Cabe precisar que en marzo se trabajaron y presentaron, a la vez, el Plan de Trabajo del estudio y los tres instrumentos que sirvieron para la recopilación de la información, bases de los talleres de abril y mayo:

- El cuestionario semi-estructurado para Responsables de Recursos Humanos o puntos focales de OPS;
- El cuestionario semi-estructurado para Funcionarios designados de las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de los países; y
- La guía abierta para una entrevista extensa a los Directores de las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud.

Segundo paso: Revisión de la metodología y formulación del proceso regional

El Taller de Washington se realizó los días 26 y 27 de abril. En este taller se consideró el diagnóstico como una oportunidad para una mirada reflexiva sobre el propio accionar, siendo “el producto el propio proceso”. El diagnóstico debía tener un doble efecto: aproximarse a los hallazgos sobre la institucionalidad y capacidades de las unidades, pero a su vez, bien procesado, dejar una mayor capacidad reflexiva-evaluativa en los actores.

En tal sentido, se hizo algunas recomendaciones sobre las características del estudio y proceso fueron:

- Considerar el entorno político institucional de este desarrollo de las Unidades de REHUS y en particular los procesos de Reforma del Estado y/o Reformas de la Administración Pública, caracterizando el sentido general en que van las reformas actuales, identificando si prosiguen la orientación de los 90, si son contrarreformas de sentido reactivo a los 90 o tienen otra dirección.
- No esperar que el estudio esté terminado para la intervención. Los momentos de recopilación, análisis y devolución deben ser momentos educativos también, de tal forma que en el ínterin se aproveche para sensibilizar y educar en la naturaleza del campo a los que trabajan en las Unidades y demás, alejándose de una recopilación burocrática de campo.
- El estudio se consideró también como una oportunidad para desarrollar una estrategia concreta, la cooperación entre países, en donde los países mas avanzados ayudan a los de menor desarrollo. La función de la OPS en este sentido fue centralmente de catálisis y el eje es la cooperación entre países, como en el caso de Brasil con los países andinos y Canadá con los países caribeños.

En términos metodológicos, se revisó el diseño general y el sistema de variables e indicadores, que fueron comentados, debatidos y aprobados, recomendándose se reduzcan en número; inicialmente fueron 162 indicadores, reduciéndose a 49.

Respecto a las técnicas de recopilación de la información, se modificó el planteamiento de envío de los cuestionarios a los países, metodología tradicional que no ha sido exitosa en muchas experiencias previas de estudios regionales, siendo reemplazada por la explicación del estudio y aplicación de los instrumentos en las reuniones subregionales en curso en la región.

Tercer paso: Inicio de la aplicación de los instrumentos en reuniones subregionales y viajes a países para estudios de caso.

Empezó el 21 de mayo, con la reunión subregional de Centroamérica, que se reunió en Antigua, en la cual se dio un espacio en la programación para explicar los objetivos y metodología del estudio, y acordar la implementación de sus instrumentos. En Junio se realizó la reunión subregional de Mercosur en Buenos Aires, y en Julio la Reunión Subregional del Caribe en Jamaica, coordinada por Canadá. En todas se avanzó en la implementación del estudio. La subregión andina tuvo una dinámica especial, por no tener contemplada una reunión subregional en estos meses.

Como parte de los procesos emprendidos se obtuvo como resultado la consolidación de información de 16 países de América Latina y el Caribe incluyéndose Canadá. Así se obtuvo información de 15 países con respecto al Instrumento 1: Cuestionario para el consultor o punto focal de Recursos Humanos de la OPS/OMS; 16 Unidades dieron respuesta al Instrumento 2: Cuestionario Semi-Estructurado para ser llenado por Gestores de la Unidad de Recursos Humanos del Ministerio de Salud; y 14 Unidades enviaron la información del Instrumento 3: Guía de entrevista cualitativa al director (o funcionario directivo designado) de la Unidad de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

Relación de instrumentos de recolección de información enviados

País	Instrumento 1: Cuestionario para el consultor o punto focal de Recursos Humanos de la OPS/OMS	Instrumento 2: Cuestionario Semi-Estructurado para ser llenado por Gestores de la Unidad de Recursos Humanos del Ministerio de Salud	Instrumento 3: Guía de entrevista cualitativa al director (o funcionario directivo designado) de la Unidad de Recursos Humanos del ministerio de salud
1. Belice	✓ Enviado	✓ Enviado	✓ Enviado
2. Bolivia	✓ Enviado	✓ Enviado	✓ Enviado
3. Brasil	✓ Enviado	✓ Enviado	✓ Enviado
4. Canadá	✓ Enviado	✓ Enviado	✓ Enviado
5. Chile	* No remitido	* No remitido	✓ Enviado
6. Colombia	✓ Enviado	✓ Enviado	* No remitido
7. Ecuador	✓ Enviado	✓ Enviado	✓ Enviado
8. Guatemala	✓ Enviado	✓ Enviado	✓ Enviado
9. Honduras	✓ Enviado	✓ Enviado	✓ Enviado
10. Nicaragua	✓ Enviado	✓ Enviado	✓ Enviado
11. Panamá	✓ No remitido	✓ Enviado	✓ Enviado
12. Paraguay	✓ Enviado	✓ Enviado	* No remitido
13. Perú	✓ Enviado	✓ Enviado	✓ Enviado
14. República Dominicana	✓ Enviado	✓ Enviado	✓ Enviado
15. Trinidad y Tobago	✓ Enviado	✓ Enviado	✓ Enviado
16. Uruguay	✓ Enviado	✓ Enviado	✓ Enviado
17. Venezuela	✓ Enviado	✓ Enviado	* No remitido
Total	15	16	14

Cuarto paso: Procesamiento de información, análisis de información y elaboración de Informe Regional

La información enviada por las Unidades de los países empezó a agregarse y sistematizarse desde inicios del mes de agosto. Una vez revisados los cuestionarios se enviaron preguntas específicas a los países sobre las respuestas de sus cuestionarios, de manera electrónica y telefónica, para salvar inconsistencias en la información recibida. A la vez se continuaron recibiendo cuestionarios hasta el 12 de septiembre del presente.

Salvadas las inconsistencias se procedió a la consolidación de la información de los cuestionarios cuantitativos en tablas comparativas para la facilitación del análisis posterior. Se procedió de la misma manera con la información cualitativa, rescatando las ideas fuerza del discurso de los funcionarios entrevistados en cada una de las Unidades analizadas. Con la información con-

solidada se procedió al análisis, triangulación e interpretación de la data y la consecuente redacción del informe preliminar del estudio.

Quinto Paso: Taller regional de presentación de resultados

De acuerdo con los compromisos establecidos en el segundo taller de Washington, se realiza el Seminario Internacional entre el 17 y el 21 de septiembre del 2007, en Brasilia, en que se presentan los resultados finales del Diagnóstico y se abren espacios de discusión para enriquecer el análisis de los hallazgos realizados en este proceso, con lo cual se dará un ajuste final al informe para su presentación final, derivándose conclusiones para un programa de cooperación para el fortalecimiento de las unidades de recursos humanos.