

2013

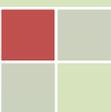


Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

INFORME 2ª MEDICIÓN METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD DE LA OPS – Plan 2006-2015 *CHILE*

División de Gestión y Desarrollo de las Personas
Subsecretaría de Redes Asistenciales



Elaborado por

División de Gestión y Desarrollo de las Personas
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Michèle Guillou – Profesional Departamento de Planificación de Recursos Humanos y Control de Gestión y Contraparte técnica Minsal – OPS en materia de Recursos Humanos.

Con la colaboración de:

Departamentos de Gestión, Formación y Desarrollo de RHS, Salud Ocupacional y Gestión Ambiental, Relaciones Laborales y Calidad de Vida, y Gestión de la Información, de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas

División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales

División de Gestión de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales

Consultor en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, OPS Chile

Director Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Facultades de Medicina y Escuelas de Enfermería de las Universidades: Austral, Andrés Bello, de Chile, Los Andes, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santos Tomás y Valparaíso.

Ministerio de Salud
Septiembre de 2013

ÍNDICE

PREAMBULO	4
INTRODUCCIÓN	5
1 - RESULTADOS DE LA 2ª MEDICIÓN DE LAS 20 METAS	6
Desafío 1	6
Meta 1	6
Meta 2	7
Meta 3	8
Meta 4	8
Meta 5	8
Desafío 2	10
Meta 6	10
Meta 7	12
Meta 8	13
Meta 9	14
Desafío 3	14
Meta 10	14
Meta 11	16
Meta 12	17
Desafío 4	18
Meta 13	18
Meta 14	19
Meta 15	20
Meta 16	21
Desafío 5	22
Meta 17	22
Meta 18	24
Meta 19	25
Meta 20	26
2 – COMPARACIÓN MEDICIONES 2008-2013 Y ANÁLISIS	27
3 – ANÁLISIS DE PRIORIZACIÓN DE METAS	36
ANEXO 1 – Sistematización Entrevistas Meta 3	40
ANEXO 2 – Sistematización Entrevistas Meta 5	45
ANEXO 3 – Sistematización información Meta 11	46
ANEXO 4 – Tabla de Priorización Metas	48
ANEXO 5 – Fuentes de datos cuantitativos	51

PREAMBULO

La 2ª Medición de Chile de las 20 Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud (RHUS) incorporadas en el Plan 2006-2015 de la década de RHS declarado por la OPS en el llamado de Toronto, ha beneficiado del valioso apoyo de la OPS Washington, de la Delegación Regional de la OPS de Perú, del Seminario de Santiago realizado en abril 2013, de los aportes metodológicos de la delegación de la OPS de Ecuador, y de las reuniones virtuales organizadas en la sub región andina, de los cuales se valoran las contribuciones de los referentes de los distintos países miembros.

Cabe señalar que Chile se encuentra implementando la Estrategia Nacional de Salud para el logro de las Metas Sanitarias 2011-2020 (ENS)¹, estrategia elaborada por el Ministerio de Salud en los años 2010-2011 con un importante conjunto de actores internos y externos. Este Plan constituye la carta de navegación del Sector Salud para 10 años, e incorpora un capítulo transversal de Recursos Humanos, conformado por 3 metas de impacto, 6 líneas estratégicas y 30 metas con sus respectivos indicadores asociados. Las estrategias de desarrollo de Recursos Humanos incluidas en la ENS, que tienen el propósito de viabilizar los objetivos sanitarios definidos, integran varias de las Metas Regionales de la OPS, tales como por ejemplo, las relacionadas a la densidad de profesionales nucleares, a la planificación de los Recursos Humanos, a los ambientes de trabajo saludables y la cooperación Salud-Sector Educativo, entre otros.

¹ Estrategia Nacional de Salud para el logro de las Metas Sanitarias de la Década 2011-2020. Ministerio de Salud. Diciembre 2011 (disponible en: www.minsal.cl).

INTRODUCCION

En el año 2009, el Ministerio de Salud de Chile, participó en la 1ª Medición de las Metas Regionales de RHUS, estableciendo una línea de base.²

La 2ª Medición, realizada en 2013, se apoya en distintas actividades organizadas por la OPS y documentos que este organismo ha actualizado o elaborado, y difundido:

- Seminario de Santiago de Chile, realizado del 3 al 5 de abril 2013.
- Reuniones virtuales de los países de la subregión andina.
- Manual de Medición de las Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud. Segunda Medición por los Países de las Américas. OPS. Marzo 2013.
- Propuesta de priorización de metas. OPS-OMS/OBSERVATORIO SOCIAL DEL ECUADOR. Margarita Velasco A. Abril 2013.

En relación a la primera medición de 2008-2009, el trabajo a realizar en 2013 por cada país agrega dos componentes importantes:

- el análisis de los factores que permitan explicar la evolución de los indicadores de las 20 metas entre 2008 y 2013, y
- la evaluación de una política o programa de RHUS relacionada a una o varias de las metas regionales, según una metodología común a todos los países. *El informe "Evaluación de programa: Política de formación de especialistas en Chile"*³ fue remitido a la OPS, por el Ministerio de Salud de Chile, en julio de 2013.

En el presente informe, se presentarán sucesivamente:

- 1- Los resultados de la medición propiamente tal de las 20 metas regionales de Recursos Humanos, realizada en la mayoría de los casos con datos o información de 2012 o 2013, y la descripción de las metodologías, fuentes y limitaciones correspondientes en cada caso.
- 2- La comparación de los indicadores alcanzados en 2013 con la línea base, establecida en 2008-2009, así como el análisis de las evoluciones observadas.
- 3- El análisis de priorización de metas.

² Informe Metas Regionales Chile – marzo 2009. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

³ Evaluación de Programa "Política de Formación de Especialistas en Chile" - División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud Chile. Ministerio de Salud. Junio 2013.

1 RESULTADOS DE LA 2ª MEDICIÓN DE LAS 20 METAS REGIONALES DE RHUS DE LA OPS

DESAFÍO 1

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

Asimismo desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y realizar una revisión periódica.

META 1

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

Para la medición, se consideran las profesiones siguientes: Médicos, Matronas y Enfermeras, según la definición retenida por la OMS para las comparaciones internacionales^{4 5}.

Según el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, los Médicos, Matronas y Enfermeras representaban un total de 62.565 profesionales al 31 de diciembre de 2012⁶. La proyección al 2012 del número de habitantes de Chile, realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas, es de 17.402.630.

A nivel nacional, el Indicador es de $(62.565/17.402.630)*10.000$, es decir **35,95 profesionales nucleares de salud por 10.000 habitantes**.

Se trata de un resultado referencial, pues se desconoce el número promedio de horas trabajadas de los profesionales de salud contratados en el sector privado, dato del que, por el

⁴ Estudios globales muestran que por debajo de 25 profesionales por 10.000 habitantes, muy pocos países consiguen alcanzar metas mínimas de salud relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

⁵ Enfermeras y Matronas se refieren a personal con formación de a lo menos 3 años en Universidades o Institutos técnicos (Definición OPS).

⁶ El Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, cuyo principio fue establecido en la Ley de Autoridad Sanitaria de 2004, fue creado en 2009 por la Superintendencia de Salud, organismo que tiene la atribución de su implementación, mantención y actualización. La inscripción en esta base es voluntaria. Sin embargo, la entrada en vigencia de la Garantía de calidad del Sistema AUGE, al 1° de julio de 2013, obliga a los profesionales que atienden las patologías garantizadas a ser incorporados en el Registro. La inscripción en la base ha sido progresiva desde el año 2009 y es posible que no haya logrado un 100 % de exhaustividad respecto de los profesionales actualmente activos en el país. Además no se hace la distinción entre aquellos que ejercen labores asistenciales y los que tienen cargos de gestión o administración a 100%.

contrario, se dispone en el sector público. Por lo señalado, el indicador ha sido calculado en base al número de profesionales y no al número de jornadas equivalentes tiempo completo.

Considerando sólo el sector público, la densidad de Recursos Humanos nucleares es de **23,95 por 10.000 beneficiarios del seguro público**⁷: 31.914⁸ profesionales contratados por 13.377.082 habitantes adscritos al Fondo Nacional de Salud en 2012.

META 2

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

En Chile, la Atención Primaria de Salud (APS) conforma el “Primer nivel de atención multidisciplinario, abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de la población”⁹. “La APS incorpora el Modelo de Salud Familiar que pretende poner al servicio de las personas, un sistema de salud adaptado a sus necesidades, con un enfoque integral respecto al proceso de salud y enfermedad, orientado hacia la familia y la comunidad, centrado en la prevención más que en la recuperación”¹⁰. La Red Pública de Atención Primaria está conformada por 2072 establecimientos, distribuidos a lo largo del país en zonas rurales y urbanas, en 348 comunas¹¹.

El indicador solicitado se puede establecer sólo respecto del Sector Público, considerando que la distribución de los médicos del sector privado entre médicos de nivel primario y de nivel secundario y terciario no se encuentra disponible.

Al año 2012, el número de médicos que trabajan en los establecimientos de la Atención Primaria de Salud alcanza 3.121 equivalentes jornadas completas, de un total de 12.413 médicos equivalentes jornadas completas, contratados en el Sector Público de Salud, *lo que representa un porcentaje de 25,1*¹² (22,5% en 2007).

⁷ Fondo Nacional de Salud: FONASA.

⁸ No se incluyen a los profesionales contratados exclusivamente en la modalidad a honorarios.

⁹ Fuente: documentos de la División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud de Chile.

¹⁰ Reforma de Salud de Chile. 2004.

¹¹ Datos 2011, fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de Chile.

¹² Fuentes: Base de datos de desempeño difícil de la APS. 2012-2013. División de Atención Primaria (DIVAP), y Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH). Diciembre 2012. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Ministerio de Salud.

META 3

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

En el Anexo N° 2, se encuentra el detalle de las respuestas los informantes clave¹³ a las 11 preguntas que plantea la metodología para evaluar el logro de la meta 3.

El resultado final aplicando la atribución de puntaje, arroja que la meta 3 está cumplida a un nivel de 69 puntos de 70 en 2013 (68/70 en 2008), debido a una mejoría de la cobertura de la población beneficiaria del Seguro Público por los Servicios de Atención Primaria de Salud.

META 4

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

A diciembre de 2012, el país tiene inscritos en el Registro de Prestadores Individuales de Salud a 23.464 Enfermeras (Universitarias) y 30.401 Médicos, lo que lleva a un indicador inferior a la recomendación de la OPS: *0,773 Enfermera por cada Médico* (0,736 en 2007). Estos datos incorporan a los profesionales que se desempeñan en el sector público y privado, en todos los niveles de atención del sistema. Se considera el número de profesionales y no el equivalente en jornadas completas, pues se desconoce el número de horas trabajadas en el sector privado.¹⁴

META 5

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

Se informa el grado de cumplimiento de esta Meta a partir de tres fuentes:

- La Resolución Ministerial que implementa la División de Gestión y Desarrollo de las Personas como parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, y define sus funciones y organigrama.

¹³ Informantes Clave: Jefa y profesionales del Departamento de Modelo Integral de Atención de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

¹⁴ Fuente: Registro de Prestadores Individuales de Salud. Superintendencia de Salud. 31 de diciembre 2012.

- Los textos reglamentarios (leyes, decretos etc.) elaborados y los documentos producidos por la División.
- Las entrevistas realizadas con 5 informantes clave¹⁵ en junio y julio 2013.

Como se puede apreciar en la sistematización de las entrevistas presentada en el anexo N° 3, Chile alcanza en 2013 un puntaje de 5,1 de un máximo posible de 6 (4,2 de 6 en 2007). Es necesario progresar en la disponibilidad de algunas variables críticas y frecuencia de actualización en materia de Sistema de Información. Adicionalmente, un elemento de debilidad identificado en la capacidad de planificación de los RHUS requeridos por el Sistema de Salud, se refiere a que el Ministerio de Salud no interviene en la determinación los Recursos Humanos necesarios en el Sector Privado. El mismo comentario aplica al desarrollo de Políticas de Recursos Humanos. Sin embargo, varios entrevistados consideran que las políticas e iniciativas del Ministerio de Salud marcan pautas para el sector privado en materia de Recursos Humanos.

Entre las dimensiones que presentan un progreso entre la 1ª y la 2ª medición o ya constituían fortalezas en 2008, destacan los aspectos siguientes:

- El nivel jerárquico ocupado por la División de Gestión y Desarrollo de las Personas en el Ministerio de Salud: 2º nivel dentro de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- La existencia de Direcciones de Recursos Humanos en los niveles descentralizados del Sistema Público: en todos los Servicios de Salud y los Establecimientos Hospitalarios de Mayor Complejidad.
- La existencia de una carrera sanitaria en el Sector Público, para el conjunto del personal tanto de los establecimientos hospitalarios, como de la Atención Primaria.
- La incorporación de metas y estrategias de Recursos Humanos en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020¹⁶.
- La publicación, en junio 2012, de una Política Nacional de Recursos Humanos¹⁷, que abarca tanto los establecimientos asistenciales de todos los niveles de atención, como los organismos responsables del cumplimiento de las funciones de Salud Pública (Secretarías Regionales Ministeriales de Salud).

¹⁵ Jefe de la DIGEDEP, Jefe (subrogante) de la División de Redes Asistenciales y Jefa de la DIVAP del Ministerio de Salud, Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Consultor en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la Representación de la OPS en Chile.

¹⁶ Estrategia Nacional de Salud para el logro de las Metas Sanitarias de la Década 2011-2020. Ministerio de Salud. Diciembre 2011 (disponible en: www.minsal.cl).

¹⁷ Políticas de Recursos Humanos. Ministerio de Salud. 2012 (www.minsal.cl).

- El reforzamiento de los procesos de planificación de RHUS, tanto en relación a la reposición o normalización de establecimientos, como en la proyección de necesidades en relación a las Metas Sanitarias y a los modelos de salud adoptados (metas de metodología e implementación de procesos incluidas en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020). Este fortalecimiento está acompañado por una política de transferencia de capacidades en los niveles descentralizados del Sistema Público.
- La implementación de una política de cierre o reducción de brechas de RHUS en el Sector Público centrada, en la fase actual, en los Médicos Especialistas, política que incluye una estrategia de formación que prioriza las especialidades a formar y los territorios más deficitarios, y la adopción de nuevos incentivos a la localización geográfica.

DESAFÍO 2

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

META 6

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

En el año 2008, no se pudo establecer la línea base de esta meta.

En el marco de la presente medición, la propuesta de Chile es medir la brecha de distribución de personal de Salud entre zonas urbanas y rurales en Atención Primaria, por los distintos motivos que se presentan a continuación:

- Es imposible realizar esta medición sobre el conjunto del Sistema de Salud chileno público y privado, considerando que aún se está construyendo el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud: esta base incorpora un campo para informar el lugar de desempeño del profesional (Región y Comuna). Sin embargo, este dato no se encuentra documentado exhaustivamente a la fecha, lo que resulta en una información incompleta respecto de los profesionales del sector privado. Por el contrario, el lugar de desempeño de los profesionales contratados en el Sector Público se conoce en forma exhaustiva a través de los Sistemas de Información de Recursos Humanos ministeriales.

- Acerca del personal contratado en los Establecimientos hospitalarios públicos dependientes de los 29 Servicios de Salud del país, el indicador no se puede medir, pues los centros asistenciales atienden la población de un determinado territorio, muchas veces compuesto por un conjunto de comunas rurales y urbanas. El personal de salud no está asignado a poblaciones de comunas urbanas o rurales, sino a un hospital, y atiende a toda la población del territorio independiente del tipo de comunas. La inequidad de distribución geográfica de los RHUS de los niveles asistenciales de mayor complejidad está documentada en Chile, no en términos rural/urbano sino en términos regional: mayor densidad de RHUS en el sector público en las Regiones de Santiago, Valparaíso-Viña del Mar y del Biobío, y menor densidad en otras regiones, especialmente extremas.

En Atención Primaria de Salud pública (APS), cada comuna y su población inscrita en el Seguro Público (FONASA), así como cada Centro de Salud, están clasificados en urbano y rural para todos los efectos de gestión y monitoreo. Por lo antes señalado, es posible medir la densidad de RHUS respectivamente asignada a poblaciones de comunas rurales o urbanas en este subsector del Sistema de Salud.

En las tablas a continuación, se puede apreciar la evaluación efectuada. El cálculo de la densidad se realiza a partir del número de horas de profesionales nucleares¹⁸, y no en base al número de personas, considerando que parte del personal de APS comparte su tiempo laboral entre varios Centros de Salud, en particular en los territorios poco poblados.

**Población inscrita en APS y certificada por el Seguro Público de Salud (FONASA)
por tipo de comunas**

Rural/Urbana	Población Inscrita FONASA Diciembre 2012
Comunas urbanas	8.358.211
Comunas rurales	3.549.606
TOTAL	11.907.817

Fuente: Datos demográficos de FONASA (www.fonasa.cl)

¹⁸ Médicos, Enfermeras Universitarias y Matronas Universitarias.

Número de horas semanales de Profesionales nucleares de Salud asignadas a la APS según el tipo de comunas

Categorías de Profesionales	Total Hrs semanales APS Profesionales nucleares 2012 Comunas rurales	Total Hrs semanales APS Profesionales nucleares 2012 Comunas urbanas	TOTAL
Médicos	33.137	106.790	139.927
Enfermeras	34.258	91.813	126.070
Matronas	31.406	68.224	99.630
TOTAL	98.801	266.827	365.628

Fuente: Base de desempeño difícil de la APS. División de Atención Primaria. Ministerio de Salud. Excluye el personal contratado en la modalidad de honorarios.

Densidad de horas y equivalente tiempo completo de profesionales nucleares por 10.000 habitantes inscritos en APS, según el tipo de comuna

RURAL/URBANA	Densidad Horas de profesionales nucleares Rural/Urbano APS 2012	Densidad Profesionales nucleares Equivalente tiempo completo Rural/Urbano APS 2012
Comunas urbanas	319,24	7,26
Comunas rurales	278,34	6,33
TOTAL	307,05	6,98

Fuente: Base de desempeño difícil de la APS. División de Atención Primaria. Ministerio de Salud
Datos demográficos de FONASA (www.fonasa.cl)

*La relación de la densidad de profesionales nucleares de APS en comunas rurales y urbanas en 2012 es de 87,2 %: $(6,33/7,26)*100$.*

META 7

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

Tal como se puede apreciar en la sistematización de entrevistas a informantes clave y documentación del Anexo Nº 2, punto 8, *se estima a 77 % el porcentaje de trabajadores de Atención Primaria de Salud que tienen competencias de Salud Pública e interculturales comparables (64 % en 2008)*. Adicionalmente los informantes clave señalaron que todas las competencias de salud pública y de interculturalidad las poseen una parte importante del personal de Atención Primaria, lo que lleva a un puntaje total de 9/9, o sea un cumplimiento de 100%. Respecto de la proporción del personal que tiene las competencias enunciadas en el formulario, los ítems en los cuales es necesario alcanzar mayor cobertura de los equipos de salud son principalmente los siguientes:

- Capacidad de llevar a cabo investigaciones, planear y evaluar (40% de cobertura estimada).
- Capacidad de seguir y promocionar el bienestar y encarar las inequidades en el estado de salud (50%).
- Promueve alianzas, colaboración y abogacía (70%).

META 8

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

Existen programas centralizados de capacitación y desarrollo para la APS que contemplan diversas modalidades: formación, pasantías al extranjero para los funcionarios de los estamentos profesionales y no profesionales, entrenamiento, diplomados y capacitación. Los principales contenidos se orientan a:

1.	Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario (Cursos y Diplomas)
2.	Resolutividad de la APS (Cursos y Diplomas en diversas áreas)
3.	Salud Respiratoria infantil y adultos
4.	Áreas permanentes: GES (Garantías en Salud), Salud Mental, Nutrición, Urgencias
5.	Modelo de estrategia de Atención a personas con enfermedades crónicas en Chile (Compromiso de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020)

Adicionalmente, se está desarrollando un programa de formación de médicos especialistas en salud familiar para APS, becados por el Ministerio de Salud.

Por otra parte, los Municipios desarrollan de acuerdo con lineamientos nacionales, programas de capacitación cuya inversión alcanza al 1% del presupuesto destinado a recursos humanos.

Es preciso señalar que en el caso chileno, la capacitación es elemento central y dinamizador de la carrera funcionaria, asociándose el cumplimiento de un determinado número de horas a cambios en la escala de remuneraciones.

A nivel central, las iniciativas de capacitación del personal de APS se enmarcan en 3 líneas de trabajo: Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Sistema de Aprendizaje a Distancia (SIAD) y Programa de Desarrollo de Capital Humano. Adicionalmente, se organizan anualmente pasantías nacionales e internacionales, y se ejecuta el Programa de Capacitación Universal de la División de Atención Primaria. *El conjunto de estas actividades representa en 2012, 64 cursos de los cuales 57 (89,1 %) abarcan a las categorías de personal mencionadas*

en la meta (ver detalle de la sistematización de entrevistas y documentos de la División de Atención Primaria en el Anexo nº 2, puntos 9, 10 y 11).

META 9

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

Meta pendiente de medición. En 2013, al igual que en 2008, los sistemas de información de Recursos Humanos existentes en el Sector Público no permiten relacionar el lugar de nacimiento del personal de salud a su lugar de desempeño.

DESAFÍO 3

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

META 10

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

La medición del grado de cumplimiento de esta meta ha sido realizada a partir del conjunto de preguntas propuestas en la metodología de la OPS, entrevistando a informantes clave¹⁹ y analizando el marco reglamentario, los acuerdos internacionales, la legislación del trabajo en el sector público de salud, y las disposiciones legislativas antidiscriminación.

- ¿Chile ha adoptado un código global de práctica y lo ha implementado? *Chile forma parte de los 193 países miembros de la OMS que adoptaron en la 63ª Asamblea Mundial en 2010, el Código de práctica mundial sobre la contratación internacional de personal de salud. No se han formalizados instrucciones o textos legales nacionales para la implementación del Código.* Dado su carácter de país receptor de personal de salud inmigrante, la preocupación ha estado más orientada a implementar sistemas de calidad que garanticen un cierto estándar de competencias en los profesionales que ejercen una profesión de salud en el país. Existen tratados de bilaterales de reconocimiento y equivalencia de títulos (Uruguay, Brasil, Ecuador,

¹⁹ Jefe de la DIGEDEP, Jefe (subrogante) de la División de Redes Asistenciales y Jefa de la DIVAP del Ministerio de Salud, Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Consultor en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la Representación de la OPS en Chile.

Colombia). En el caso de España y Perú se otorga facilidad en el trámite de reconocimiento pero están igualmente obligados a los exámenes de revalidación. En el caso de la Medicina, desde 2009, se exige la aprobación del Examen Único Nacional de Conocimiento de Medicina (EUNACOM) como condición previa al ingreso al sector público y al acceso a financiamiento estatal para formación de especialista.²⁰ Adicionalmente la inscripción de los profesionales chilenos como extranjeros en el Registro de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud es exigible para atender pacientes con patologías incorporadas en el Sistema de Garantías en Salud (GES: 80 patologías o prestaciones de prevención). Para los médicos y odontólogos especialistas extranjeros como chilenos, a esta exigencia se agrega la obligación de certificar y recertificar su especialidad.²¹

Ítems	Respuesta	Puntos
Código Internacional adoptado	Si	4/5
Código con implementación formal	No	0/5

- ¿Chile ha formalizado normas de ética para el reclutamiento internacional y las implementa? *No se han formalizado tales normas posteriormente a la adopción del Código en 2010. Sin embargo, la legislación de trabajo chilena aplica sin discriminación a los trabajadores de salud chilenos y extranjeros.* Adicionalmente, la nueva ley antidiscriminación²² promulgada el 12 de julio de 2012 incluye la nacionalidad entre los motivos que se prohíbe aplicar para excluir o restringir el goce y ejercicio de derechos y libertades reconocidas por la Constitución chilena o las leyes y tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentran vigentes.

Si , parcial	X	4
No		

Se propone atribuir 4 puntos, y no 0, considerando las respuestas a las preguntas detalladas de la tabla siguiente.

²⁰ La ley sobre el EUNACOM está en curso de revisión.

²¹ Decreto Supremo Nº 57/2007, modificado por el Decreto Supremo Nº 8/2013. (www.minsal.cl).

²² Ley 20.609 Antidiscriminación. 12-07-2012 (www.leychile.cl).

- ¿Cuáles de los siguientes aplican?

Ítem	Respuesta	Puntos
<i>Limita el reclutamiento de países con escasez clara de persona</i>	NO	0/2
<i>Paga algún tipo de compensación a los países fuente</i>	NO	0/2
<i>Entra en acuerdos bilaterales para manejar mejor los flujos de migrantes</i>	NO	0/2
<i>Apoya a los países fuente con estrategias para retener a sus trabajadores de la salud</i>	SI (apoyos a la implementación de la carrera sanitaria)	2/2
<i>Respeto los derechos de los inmigrantes y asegura que existan leyes apropiadas para su protección</i>	SI	2/2

META 11

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

La medición del grado de cumplimiento de esta meta ha sido realizada a partir del conjunto de preguntas propuestas en la metodología de la OPS, entrevistando a informantes clave²³ y analizando las iniciativas de políticas y estrategias implementadas por las Autoridades de Salud en este ámbito.

Existe una política de auto-suficiencia de recursos humanos y se aplica.	SI *	10
Existen solamente acuerdos o estrategias explícitas aisladas, no articuladas en una sola política para retener personal o incrementar el número de personal disponible.	NO	

*Los informantes clave entrevistados coinciden en que existe una política de autosuficiencia de Recursos Humanos y que se aplica. Sin perjuicio de lo anterior, plantean varios matices o citan factores que dan cuenta de la existencia de tal Política:

1. No a todos los entrevistados la política les parece suficientemente efectiva, en particular porque las Universidades siendo autónomas, el diálogo del Ministerio

²³ Jefe de la DIGEDEP, Jefe (subrogante) de la División de Redes Asistenciales y Jefa de la DIVAP del Ministerio de Salud, Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Consultor en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la Representación de la OPS en Chile.

de Salud con ellas se desarrolla con plazos largos y ha generado resultados parciales hasta el momento.

2. En los últimos años dicha política ha priorizado la autosuficiencia en Médicos Especialistas²⁴ para responder a un problema crítico, y por consecuencia no ha abarcado a todo el personal de salud.
3. Se puede estimar que existe una tendencia hacia la auto-suficiencia de varias categorías profesionales en el país debido al crecimiento sostenido de la matrícula y los egresos de las Universidades; sin embargo, este fenómeno es más bien producto de la dinámica de la oferta de formación del Sector Educativo que de una política del Sector Salud.
4. Entre los argumentos que fundamentan la existencia de una política de autosuficiencia está la incorporación, en la Estrategia Nacional de Salud, de Metas de Recursos Humanos destinadas a viabilizar los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020, y entre éstas, el disponer de una Política Integral de RHUS²⁵ que aborda la cuestión de la dotación de personal adecuada y el uso sistemático de metodologías de estimación de necesidades de Recursos Humanos y planificación de su distribución.

El respaldo detallado de la medición de la meta N° 11, se encuentra en el Anexo N° 3.

META 12

Todas las subregiones habrán formulado acuerdo mutuo e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.

Pregunta	SI o NO	Puntaje
¿Se dispone en Chile de acuerdos y mecanismos formales para el reconocimiento de los profesionales de salud formados en el extranjero?	SI	100 %

Actualmente existen en Chile, los siguientes mecanismos de revalidación de títulos:

- Disposición del Código Sanitario que establece la exigencia para todos los profesionales de la salud, de un examen de revalidación de los títulos obtenidos en el extranjero o convalidación en el caso de títulos obtenidos en países con convenio vigente -tratados bilaterales de reconocimiento y equivalencia de títulos (actualmente: Uruguay, Brasil, Ecuador y Colombia)-. El examen de revalidación consiste en una evaluación teórico práctica, realizada por la Universidad de Chile. En el caso de Perú y España se otorga

²⁴ Calidad y Equidad en Salud. Termino de las Brechas de Especialistas con una nueva Política para el RRHH Especializado. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Marzo 2011.

²⁵ Políticas de Recursos Humanos. Ministerio de Salud. 2012 (www.minsal.cl)

facilidad en el trámite de reconocimiento pero están igualmente obligados a los exámenes de títulos.

- Aplicación, desde mediados de 2009, del Examen Único Nacional de Conocimientos de la Medicina²⁶ (EUNACOM), el que permite el ejercicio profesional en el sector público y el acceso al financiamiento estatal para la formación de especialista, sin otros requisitos que su aprobación.

Sin perjuicio de lo anterior, el desafío en el caso de esta meta, está en la generación de acuerdos regionales de convalidación de títulos.

DESAFÍO 4

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

META 13

La proporción de empleo precario/ sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.

El Indicador propuesto para medir el grado de cumplimiento de esta meta sólo puede establecerse respecto del Sector Público de Salud, incluyendo a los Médicos y Enfermeras que se desempeñan en los hospitales de todos los niveles de complejidad y en los Centros de Salud de la APS. Se desconocen los datos del sector privado al respecto. Se consideran empleos precarios aquellos que corresponden a la modalidad de contratación a honorarios, la que carece de protección social, es decir, no tiene cobertura de seguridad social para jubilación y salud, seguro laboral y derecho a licencias médicas y maternales. Se excluye del cálculo los contratos a honorarios por jornadas parciales, ya que corresponden a personas que, en la mayoría de los casos, tienen otro contrato de trabajo no precario²⁷.

Número de Médicos y Enfermeras con condición de Empleo Precario en los hospitales y centros de Atención Primaria públicos. 2012.	1.856
Número total de Médicos y Enfermeras contratados en los hospitales y centros de Atención Primaria públicos. 2012.	28.275
% Empleo precario: $(1856/28275)*100$	6,7 %

²⁶ La ley sobre el EUNACOM está actualmente en curso de revisión.

²⁷ Fuentes: Sistema de Información de Recursos Humanos, Base de personal contratado a honorario para el Ministerio de Hacienda (Ley de transparencia), Base de desempeño difícil de la APS y Base de APS "Otros Contratos". Ministerio de Salud. Año 2012.

Cabe señalar que la ley 20.255 de 2011 establece que los trabajadores a honorarios estarán obligados a efectuar cotizaciones previsionales para pensiones, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a contar del año 2015, y de salud a contar de 2018²⁸.

META 14

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

La información para el cálculo de esta meta, incluye el mismo segmento de personal considerado en la meta 13. Se entiende por empleos cubiertos con medidas de seguridad, aquellos que tienen seguro de accidentes y enfermedades profesionales:

Porcentaje de trabajadores de la salud del sector público cubiertos por medidas de salud y seguridad al año 2012: 93,4 %.

Respecto de la implementación de políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud en Chile, la información que se sintetiza en la tabla a continuación ha sido construida con informantes clave²⁹. Chile ha desarrollado desde la década de los noventa iniciativas en este ámbito, existiendo políticas específicas de Salud Ocupacional, encontrándose su aplicación en proceso de implementación, especialmente respecto de aquellos aspectos referidos a la actualización y mantención de los equipos, de la consecución de ambientes sanos sin riesgos (o con el menor riesgo posible) y la disposición de áreas de trabajo estructuralmente seguras (aspecto en mejoría a través del actual programa de construcción y normalización de establecimientos). El Ministerio de Salud utiliza herramientas para incentivar la implementación de la política de salud ocupacional en los niveles descentralizados: varios de sus aspectos están incluidos en los compromisos anuales de gestión entre los Servicios de Salud y el Nivel Central, así como en un programa de mejoramiento de la gestión en higiene y seguridad. Además de lo señalado, existe un importante esfuerzo de capacitación de los referentes técnicos locales en este ámbito, a través tanto de iniciativas del Ministerio de Salud (diplomado de planificación y programación en salud ocupacional, por ejemplo), como de los niveles locales y Organismos Administradores de Seguros.

²⁸ Fuente: Subsecretaría de Previsión Social. www.previsionsocial.gob.cl

²⁹ Jefe de la DIGEDEP, Jefe Departamento de Salud Ocupacional de la DIGEDEP, Jefe (subrogante) de la División de Redes Asistenciales y Jefa de la DIVAP del Ministerio de Salud, Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

La tabla siguiente resume la evaluación efectuada por informantes clave, acerca del estado de desarrollo en cada uno de los ítems consultados:

Aspectos a indagar	SI	NO	En proceso	Puntaje
1.a El Ministerio de Salud tiene una política nacional de salud ocupacional y seguridad en el trabajo	X			5
1.b El Ministerio de Salud la implementa			X	3
2. La política cubre: equipo actualizado y reparado			X	5
3. Ambientes sanos sin riesgos			X	5
4. Áreas de trabajo estructuralmente seguras			X	5
5. Entrenamiento en seguridad	X			10
6. Provisión de servicios de salud y seguros de salud (93,4 % de los trabajadores en Salud)	X			10
Total				43/60 (72 %)

META 15

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

La información sobre esta meta se consiguió a través del procesamiento cuantitativo de información obtenida en el Servicio Civil, referida al nivel de implementación del Sistema de Alta Dirección Pública en el Sector Salud³⁰.

Respecto de los ámbitos a explorar se reconoce que, asociado al desarrollo del Sistema de Alta Dirección Pública, se han definido exigencias curriculares y de experiencia aplicables a los cargos gerenciales de los Servicios de Salud. En Atención Primaria Municipal los directores no ingresan al cargo por el Sistema de Alta Dirección Pública: están regidos por el Estatuto de Atención Primaria que establece con qué requisitos y procesos se eligen los responsables de salud³¹. No se cuenta con información acerca del sector privado, sin embargo, la percepción general es que existen altos niveles de profesionalización.

Respecto de los Gerentes de Establecimientos dependientes de los Servicios de Salud y de los Organismos Autónomos³², *61,2 % (324 de 529) de los Cargos de dirección (niveles 1 y 2) están*

³⁰ Sistema de Alta Dirección Pública. Ley de Alta Dirección Pública y Nuevo Trato Laboral. Creación de la Dirección Nacional del Servicio Civil. Junio 2003.

³¹ Estatuto de Atención Primaria Municipal (Ley 19.378), Título 2, artículo 33: requisitos y modalidad de concurso público.

³² Organismos Autónomos: Fondo Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública, Superintendencia de Salud, Central Nacional de Abastecimiento.

regidos por el Sistema de Alta Dirección Pública, lo que ha generado una estandarización de los requisitos de selección y contratación.

En la APS municipal, los Directores de Salud Comunal (321) y los Directores de Consultorios (590) están regidos por el Estatuto de APS que incluye los requisitos y procedimientos para acceder a estos cargos.

META 16

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

La legislación chilena a la vez de reconocer el derecho a la asociación gremial de los trabajadores públicos, prohíbe la existencia de huelgas, las cuales igualmente se realizan de hecho.

De acuerdo con lo anterior, en el sector salud no existe legislación que regule la negociación con los gremios, no obstante, existe formalmente un Departamento de Calidad de Vida y Relaciones Laborales, cuya misión central consiste en la interlocución permanente con los representantes gremiales. Al respecto cabe señalar que existe un nivel significativo de afiliación, la que en promedio supera el 65% del personal (se excluye al personal médico, cuyo órgano mayoritario de representación es el Colegio Profesional).

El sector privado por su parte, se rige por las normas generales establecidas en el Código del Trabajo, existiendo derecho a negociación colectiva.

Negociación y conflictos	SI	NO	En proceso	Puntaje
¿Existe legislación que garantice la entrega de servicios esenciales?		X		0/50
¿Existen, mecanismos <i>formales</i> de negociación que estén en práctica para evitar una posible huelga?			X Existe una práctica sistemática	30/50
Total				30 %

DESAFIO 5

Crear Mecanismos de Cooperación entre las Instituciones Educativas y de Servicios de Salud para producir Profesionales Sanitarios sensibles a las Necesidades de la Comunidad y calificado.

META 17

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

Para medir el grado de cumplimiento de esta meta, se utilizaron dos fuentes:

- Entrevistas a informantes-clave³³.
- Encuesta las 12 Escuelas de Medicina más importantes del país, 7 tradicionales y 5 privadas, y 13 Escuelas de Enfermería las mismas que en el caso de Medicina, más una privada con alta matrícula en formación de Enfermeras Universitarias. En ambos casos, se seleccionaron sólo las Escuelas cuyas carreras de Medicina y/o Enfermería se encontraban, a la fecha, acreditadas o en proceso de renovación de acreditación.

De las opiniones de Informantes clave, se puede responder las preguntas de la tabla propuesta en la metodología de la OPS:

1. ¿Los procesos de formación se basan en el modelo biomédico?

Profesiones	Respuesta 2013	
	SI	NO
Médicos	X	
Enfermeras		X
Matronas (Mezcla de enfoque biomédico y biopsicosocial)	X	X

2. ¿Incluyen contenidos de APS en el currículo? ***Si, principalmente en carreras de Enfermeras y Matronas.***

³³ Jefa y Profesionales de la División de Atención Primaria, Ministerio de Salud, Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

3. ¿Cuáles contenidos?

Contenidos principales	Respuesta 2013
Estrategia de APS, historia, desarrollo y estado del arte	X
Técnicas educativas para entrega de información y capacitación comunitaria	X
Antropología cultural, Psicología evolutiva	X
Bioética	X
Elaboración de Proyectos Sociales	X
Salud comunitaria	X

Comentario de los entrevistados: Estos conocimientos forman parte de los inicios de cada una de las carreras y no se refuerzan durante la carrera, salvo los aspectos prácticos en los últimos años.

4. Las Universidades tienen estrategias de formación interprofesional. ¿Cuáles?

Respuesta 2013
Existen internados y prácticas interdisciplinarias (alumno/as de Medicina, Odontología, Obstetricia, Enfermería, Nutrición) en algunas Universidades: de Concepción y de la Frontera, Universidad del Desarrollo, por ejemplo.

De las 12 Escuelas de Medicina cuyo Director (a) ha recibido el cuestionario, 5 han respondido a la fecha³⁴, y de las 13 Escuelas de Enfermería³⁵, se dispone de 6 respuestas de sus respectivos Directores (as). No se ha investigado en las Escuelas de Obstetricia en esta oportunidad.

Sobre la base de los ítems y de la ponderación propuestos en el Manual de Medición 2013 de la OPS³⁶ y que se pueden apreciar en la tabla siguiente, el consolidado de las respuestas de las 5 Escuelas de Medicina y 6 Escuelas de Enfermería arroja un resultado de 52,5 % de cumplimiento de la meta.

³⁴ Universidades: Austral, Andrés Bello, de Chile, los Andes, Valparaíso.

³⁵ Universidades: Austral, de Chile, los Andes, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santo Tomás, Valparaíso.

³⁶ Manual de Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud. 2ª Medición 2013 para los países de las Américas. OPS; páginas 39 y 40.

Características	SI	NO
1. La escuela de Ciencias de la Salud centra la formación de los profesionales en el modelo biomédico		
Médicos.....		
Enfermeras.....		
Obstetrices.....		
Incluyen contenidos de APS en el currículo		
Cambiaron el modelo curricular e integraron el eje de APS		
Tienen estrategias de formación interprofesional		
Existencia de soporte financiero para la formación interprofesional		
TOTAL		

Cabe presentar los comentarios siguientes:

- La totalidad de las Escuelas de Medicina y Enfermería que responden informan que se han incorporado contenidos de Atención Primaria en Salud (APS) en las mallas curriculares.
- Cuatro de las Universidades indican haber cambiado o estar en proceso de cambio de las mallas curriculares para centrarlas en la APS; estas iniciativas, a veces incipientes, han sido principalmente enfocadas en la carrera de Enfermería, y muy excepcionalmente en la carrera de Medicina. Las reorientaciones realizadas o en proceso incorporan un acercamiento de los estudiantes a la comunidad, la inclusión, desde el pregrado, de la medicina general familiar para los médicos y de la salud familiar y comunitaria para ambas profesiones, que se traducen en algunos casos en la disposición de campos clínicos en centros primarios de salud.
- En una de las Universidades, existe el internado rural que reúne varias profesiones de salud, y en la reforma de mallas curriculares en curso de implementación, se incorporarán módulos interprofesionales en los cuales los estudiantes de todas las carreras de salud estarán reunidos en torno al abordaje de situaciones clínicas específicas.
- En otra de las Universidades que han respondido, la inter profesionalidad se concreta a través del desarrollo de campos de formación comunes en Centros de APS, entre varias Escuelas de Ciencias de la Salud.

META 18

El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas y/o afros.

No es posible realizar la medición solicitada por falta de representatividad de las respuestas y por una interpretación heterogénea de la meta entre las Escuelas que han contestado.

Sin embargo se puede recalcar que de 6 Universidades que contestaron, cinco tienen programas destinados a estudiantes de bajos recursos o provenientes de formación secundaria que les hace difícil el acceso a las carreras de Medicina o Enfermería: las Universidades Austral y de Chile para ambas profesiones, la Universidad de Valparaíso, la Universidad de los Andes y la Pontificia Universidad Católica de Chile para Enfermeras. En ninguno de los casos referidos estos programas apuntan directamente a reclutar estudiantes provenientes de población sub atendida en salud, sino que a mejorar la equidad en el acceso a las carreras correspondientes, sin que se existan, en general, mallas curriculares específicas. La Universidad de Chile tiene para todas sus carreras un programa de becas específicas (en 2013, 10 cupos de selección equitativa y 22 becas de nivelación académica en medicina, de 200 cupos en total; en enfermería, en 2013, 5 cupos de selección equitativa y 10 becas de nivelación académica de 94 cupos en total). La Escuela de Enfermería de la Universidad Católica dispone de 12 vacantes anuales (10% de los ingresos de 1º año) para estudiantes de escasos recursos o con inequidad en la educación secundaria.

META 19

El porcentaje de estudiantes de las escuelas de medicina y enfermería que inician y no terminan las carreras en los años esperados no pasarán del 20%.

El Consejo Nacional de Educación³⁷ (CNED) implementó en 2005 un Sistema de Información sobre las carreras universitarias impartidas en las Universidades chilenas; es acceso público³⁸. La participación de las Universidades es voluntaria; sin embargo, la mayoría de ellas proporciona sus datos para alimentar las distintas bases creadas por el CNED.

En ambas profesiones, se trata de una *estimación* a partir del número de titulados en 2011 y de la matrícula de 1º año de 2004 para los Médicos (7 años de carrera) y de 2006 para las Enfermeras (5 años de carrera). Abarca 18 Facultades de Medicina y 27 Escuelas de Enfermería. Las bases de datos nacionales disponibles no permiten seguir una misma cohorte año tras año³⁹, y no todas las universidades informan el número de egresos anuales: algunas informan sólo el número de titulados, cifra que puede corresponder a distintos años de ingreso en 1º año. La mayoría de las bases de datos utilizadas fueron creadas en 2005.

- Porcentaje de Estudiantes de Medicina que inician y no terminan la carrera =
(Número de titulados al año 2011 (último dato disponible)/Número de ingresos 2004)
* 100 = 14,0 %

³⁷ Consejo Nacional de Educación: www.cned.cl

³⁸ Bases Índice. Consejo Nacional de Educación.

³⁹ En 2009, Consejo Nacional de Educación publicó un estudio sobre las tasas de deserción de varias carreras universitarias que no han sido actualizado. Una de las conclusiones fue que la Carrera de Medicina era una de las que presentaba la menor tasa de deserción o abandono.

- Porcentaje de Estudiantes de Enfermería que inician y no terminan la carrera = $(\text{Número de titulados al año 2011}/\text{Número de ingresos 2006}) * 100 = 49,5\%$.

La tasa de titulación de los estudiantes de Medicina se encuentra por encima de la Meta Regional OPS, mientras que la de las Enfermeras sigue siendo baja, lo que constituye un desafío respecto de la calidad del Sistema Educativo Superior, en relación con el aumento sustantivo del número de Escuelas de Enfermería en el país, sobre todo en los últimos 10 años.

META 20

El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas (en cuanto a su calidad) por una entidad reconocida.

La Medición efectuada considera la *Acreditación de Carreras de la Salud*. Incluye 332 Sedes de Universidades (323) e Institutos Profesionales de la Salud (9). Incorpora las carreras siguientes: Medicina (Acreditación de carrera obligatoria en Chile), Enfermería, Obstetricia, Kinesiología, Odontología y Tecnólogos Médicos. Los procesos de Acreditación de las Universidades, Institutos Profesionales y Centros de Formación Técnicos son atribución de la Comisión Nacional de Acreditación, organismo público autónomo dependiente del Ministerio de Educación⁴⁰.

- Existencia de una entidad acreditadora reconocida: *Si*
- Porcentaje de *Carreras de Salud X Sedes* acreditadas al 2012: $59,2\%$ ⁴¹.

Es preciso señalar que $32,9\%$ de las Carreras de Salud X Sedes se encuentran sin informar su situación respecto de la acreditación en las bases consultadas. La acreditación de carreras universitarias es voluntaria, excepto en el caso de Medicina y Pedagogía.

⁴⁰ Ley de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. 2006.

⁴¹ Fuente: Consejo Nacional de Educación. Información 2012. www.cned.cl.

2 COMPARACIÓN MEDICIONES 2008-2012 Y ANÁLISIS

DESAFÍO 1

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

Asimismo desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y realizar una revisión periódica.

META 1 Total País	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007- 2012
1. Todos los países de la región han logrado una razón de densidad de RH nucleares (1) de 25 x 10.000 habitantes	35,95 x 10 mil	32,70 x 10 mil	+ 9,9 %

(1) Aplica a las profesiones nucleares: Médicos, Enfermeras y Matronas

(2) Número de profesionales (Head Counts)

META 1 Sector Público de Salud	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007- 2012
1. Todos los países de la región han logrado una razón de densidad de RH nucleares (1) de 25 x 10.000 habitantes	23,96 x 10 mil	19,07 x10 mil	+ 25,6 %

(1) Aplica a las profesiones nucleares: Médicos, Enfermeras y Matronas

(2) Número de Profesionales (Head Counts)

META 2 Sector Público de Salud	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007- 2012
2. Las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total	25,1 %	22,5 %	+ 11,6%

(1) Incluye sólo el Sector Público: se desconoce este indicador en el sector privado.

Esta establecido en base al número de Equivalentes Jornadas Tiempo Completo.

META 3 Sector Público de Salud	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007-2012
3 - Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la Comunidad.	69/70 Puntos	68/70 Puntos	+ 1,5 %

Incluye sólo el Sector Público que tiene una cobertura de Atención Primaria de Salud de 74,7 % de la Población total de Chile al 31 de diciembre 2012, y 97,1 % de la Población Beneficiaria del Seguro Público.

META 4 Total País	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007-2012
4. La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países.	0,773	0,736	+ 5 %

(1) Incluye Sector Público y Privado, y todos los niveles de atención.

Se considera el número de profesionales y no el equivalente jornada completa, pues se desconoce el número de horas trabajadas en el sector privado.

(2) Incorpora a los Médicos, y a las Enfermeras universitarias (5 años de carrera)

META 5	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007-2012
5. Todos los países de la Región habrán establecido una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.	15,1/16 Puntos	14,2/16 Puntos	+ 6,3 %

ANÁLISIS DESAFÍO 1

En las cinco Metas relacionadas al primer Desafío, Chile ha progresado en términos de grado de cumplimiento entre las mediciones de 2008 y 2012. A nivel del país, la meta 1 ya se encontraba cumplida cuando se levantó la línea base, lo que no era el caso en el Sector Público de Salud. En este aspecto, destaca el crecimiento importante del indicador en el Sector Público en su conjunto (+ 25,6%) que se acerca al objetivo de 25 profesionales nucleares por 10.000 habitantes, lo que es producto a una política sostenida de expansión de

cargos, especialmente en atención primaria; entre 2007 y 2012: + 41,5%, +55,7% y 48,1 % en Médicos, Enfermeras y Matronas respectivamente, luego de un aumento de 53 % entre 2003 y 2007 considerando juntas las tres profesiones.

Sin embargo, la meta de 40% del total de Médicos desempeñándose en Atención Primaria está lejos de ser cumplida, llegando el indicador a 25,1 % en 2012, con un crecimiento de 11,5 % entre 2007 y 2012. Es conveniente tener en cuenta tres elementos: mantener la política de incremento sostenido de la dotación de RHUS en Atención Primaria permitiría acercarse más al cumplimiento de la meta, orientación que tiene su fundamento en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, cuyo éxito en términos de logros de los objetivos sanitarios descansa en buena parte sobre la consolidación de la Atención Primaria. Sin perjuicio de lo anterior cabe mencionar los problemas que conoce el país en atraer y retener los Profesionales de la Salud en el primer nivel de atención, particularmente tratándose de los Médicos. En la actualidad, el 32 % de los Médicos de Atención Primaria provienen de otros países de la región, cuyos gobiernos están desarrollando estrategias de control de la migración, a través de la implementación de políticas de mejoramiento de las condiciones laborales de sus profesionales. Adicionalmente la Especialidad de Medicina Familiar muy orientada al desempeño en el primer nivel de atención, no atrae un número importante de egresados del pregrado, aunque haya sido en aumento en los últimos dos años.

De acuerdo con lo señalado, es necesario seguir profundizando las estrategias de atracción hacia la APS, especialmente aquellas ligadas a la gestión de la dotación de personal, el modelo de trabajo en equipos multidisciplinarios y las posibilidades de perfeccionamiento.

Si bien no se explicitó una Política de incremento del número de Enfermeras en relación al número de Médicos, el indicador aumentó en 5 % entre 2007 y 2012; el acercamiento a la meta de 1 enfermera por médico se verá facilitada por el crecimiento importante del número anual de titulados (de 986 en 2007 a 1.978 en 2011) asociado al incremento sostenido de las Escuelas de Enfermería en los últimos 10 años.

DESAFÍO 2

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

META 6	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007-2012
6. La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015	Densidad Prof. nucleares zonas rurales / Densidad Prof. Nucleares zonas urbanas : 0,872	S/I	-

Incluye sólo Atención Primaria: Médicos, Enfermeras y Matronas.

META 7	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007-2012
7. Al menos 70 % de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables	77 %	64%	+ 20 %

META 8	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007-2012
8. 75% de las enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de salud y agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones	89,1 %	85 %	+ 4,8 %

META 9	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007-2012
9. El 30 % del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades	S/I	S/I	-

ANÁLISIS DESAFÍO 2

Se observa una progresión de los indicadores de las metas 7 y 8, que resulta en que, en ambos casos, el cumplimiento de Chile supera los 100 %. La continuidad de las políticas de consolidación de los Recursos Humanos de la APS que apuntan a disponer del personal más competente e idóneo posible se refleja en estos logros. Los presupuestos dedicados a la formación y capacitación en el sector público de salud son importantes. Además de lo anterior se ha podido conseguir una ampliación de la cobertura nacional a través una inversión del Ministerio de Salud en un sistema de capacitación a distancia que permite acercar los recursos de aprendizaje a los funcionarios que trabajan en las comunas más aisladas y alejadas del país.

DESAFÍO 3

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

META 10	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007-2012
10. Todos los países de la Región habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud	40 %	0 %	+ 40 %

META 11	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007-2012
11. Todos los países de la Región tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud	8/10 Puntos (80 %)	5/10 Puntos (50 %)	+ 60 %

META 12	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007-2012
12. Todas las Subregiones habrán formulado acuerdo mutuo e implementado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero	100 %	100 %	-

ANÁLISIS DESAFÍO 3

La adopción por Chile del Código de Práctica sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud de la OMS, en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2010, ha quedado pendiente, hasta el momento, de una formalización nacional de su implementación. Sin perjuicio de lo anterior, al personal de salud proveniente de otros países (mayoritariamente de América del Sur, Chile siendo esencialmente un país receptor) se aplica el mismo marco laboral, leyes de protección y beneficios que a sus pares de nacionalidad chilena.

Adicionalmente, la política de auto-suficiencia del Ministerio de Salud ha sido reforzada entre 2007 y 2012, facilitada por el contexto de crecimiento importante de la matrícula de formación en la mayoría de las carreras de la salud que el país está viviendo. Orientada en los últimos años prioritariamente hacia los Médicos Especialistas destinados al Sector Público - considerando la situación crítica que genera su insuficiencia para el cumplimiento de las Garantías de Salud-, dicha política está incluida en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 abarcando el conjunto de los Recursos Humanos.

DESAFÍO 4

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

META 13	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007-2012
13. La proporción de empleo precario/sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países	6,7 %	7,4 %	- 9,5 %

Incluye sólo el Sector Público de Salud (Hospitales y Atención Primaria); no se dispone de esta información respecto del sector privado.

META 14	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007-2012
14. 80 % de los países en la Región habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales	Cobertura: 93,4 % Grado de desarrollo: 43/60 Puntos (71,7 %)	92,6 % (Cobertura)	+ 0,97 % (Cobertura)

Incluye sólo el Sector Público de Salud (Hospitales y Atención Primaria); no se dispone de esta información respecto del sector privado.

META 15	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007-2012
15. A lo menos 60 % de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos para la salud pública y la gestión, entre ellos las de carácter ético	61,2 %	33 %	+ 85,5 %

Incluye sólo el Sector Público de Salud (Hospitales y Atención Primaria); no se dispone de esta información respecto del sector privado.

META 16	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007-2012
16. El 100 % de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, todas vez que se presenten	30/100 Puntos (30 %)	25 %	+ 20 %

Incluye sólo el Sector Público de Salud (Hospitales y Atención Primaria); no se dispone de esta información respecto del sector privado.

ANÁLISIS DESAFÍO 4

A pesar de situarse en un nivel bajo en el sector público de salud de Chile, la proporción de empleos precarios/sin protección ha disminuido en un 9,5 % entre 2007 y 2012, producto principalmente de la normalización de contratos a honorarios.

Las políticas de salud ocupacional y seguridad tienen un alto nivel de cobertura del personal, siendo necesario seguir progresando en algunos aspectos, tales como ambientes sanos, áreas de trabajo estructuralmente seguras y mantención de equipos, hacia su generalización en toda la red asistencial.

El despliegue del Sistema de Alta Dirección Pública ha permitido que al 2012 más de 61 % de los gerentes de Servicios de Salud y Hospitales estén contratados en función de requisitos de competencias pre-definidos, y su quehacer evaluado a través de convenios de desempeño, cumpliéndose desde ya la meta establecida para el año 2015.

DESAFÍO 5

Crear Mecanismos de Cooperación entre las Instituciones Educativas y de Servicios de Salud para producir Profesionales Sanitarios sensibles a las Necesidades de la Comunidad y calificado.

La Meta 18 queda pendiente de medición en 2012 (al igual que en 2008), por falta de representatividad de las respuestas de las Universidades a la encuesta que fue dirigida a 12 Escuelas de Medicina y 13 de Enfermería.

META 17	VALOR 2013	VALOR 2007	Evolución 2007-2012
17. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional	53,5 % cumplimiento de la Meta (en base a 5 respuestas de 12 en Medicina y 6 de 13 en Enfermería)	S/I	-

META 19	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007-2012
19. Porcentaje de estudiantes de las escuelas de medicina y enfermería que inician y no terminan las carreras en los años esperados no pasarán del 20%	Médicos: 14,0 % Enfermeras: 49,5 %	S/I	-

META 20	VALOR 2012	VALOR 2007	Evolución 2007-2012
20. 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas (en cuanto a su calidad) por una entidad reconocida.	59,2 % del total de carreras x sedes	38,5 %	+ 54,5 %

El resultado de la Meta 17 *tiene que ser considerado como preliminar*, teniendo en cuenta una tasa de respuesta inferior a 50% de las Escuelas encuestadas, y la imposibilidad de analizar las mallas curriculares en los plazos disponibles para esta medición.

La meta 19 se encuentra cumplida respecto de los Médicos, mientras la proporción de Enfermeras que inician y no terminan su carrera, en disminución en los últimos años, sigue siendo más alta.

Los procesos de acreditación instalados por ley en el Sistema de Educación Superior son de carácter voluntario, con la excepción de las carreras de Medicina y Pedagogía para las cuales es una obligación. Permiten acreditar tanto las carreras impartidas como la institución en su conjunto. En Salud la acreditación el número de carreras X sedes acreditadas ha progresado de más de 54 % entre 2007 y 2012.

3 ANÁLISIS DE PRIORIZACIÓN DE METAS

A – Metas priorizadas por el nivel de cumplimiento

En la tabla a continuación se presentan las 20 metas ordenadas por nivel de cumplimiento (el detalle de la evaluación solicitada se encuentra en el Anexo N° 4).

Metas	% de Cumplimiento al año 2013
Meta 8 - <i>Setenta y cinco por ciento de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.</i>	118,3 %
Meta 7 - <i>Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables.</i>	110 %
Meta 1 (total país) - <i>Todos los países de la Región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de salud de 25 profesionales por 10.000 habitantes.</i>	100 %
Meta 12 - <i>Todas las subregiones habrán formulado acuerdo mutuo e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.</i>	100 %
Meta 13 - <i>La proporción de empleo precario/ sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.</i>	100 %
Meta 15 - <i>Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellos las de carácter ético.</i>	100 %
Meta 3 - <i>Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.</i>	98,5 %
Meta 5 - <i>Todos los países de la Región habrán establecido una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.</i>	94 %
Meta 20 - <i>El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas (en cuanto a su calidad) por una entidad reconocida.</i>	81,8 %

Meta 11 - <i>Todos los países de la Región tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.</i>	80 %
Meta 14 - <i>Ochenta por ciento de los países en la Región habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales.</i>	71,7 % (desarrollo) y 93,4 % (cobertura)
Meta 4 - <i>La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países.</i>	71,1%
Meta 19 - <i>El porcentaje de estudiantes de las escuelas de medicina y enfermería que inician y no terminan las carreras en los años esperados no pasarán del 20%.</i>	60,1 % sumando ambas profesiones (100% de cumplimiento respecto de los Médicos y 40,4% respecto de las Enfermeras)
Meta 2 - <i>Las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.</i>	59,4 %
Meta 10 - <i>Todos los países de la Región habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.</i>	40 %
Meta 16 - <i>El 100% de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.</i>	30 %
Meta 9 - <i>El treinta por ciento del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades.</i>	Pendiente de medición
Meta 17 - <i>El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.</i>	<i>Medición preliminar sobre muestra reducida</i>
Meta 18 - <i>El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas y/o afros.</i>	Pendiente de medición
Meta 6 - <i>La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015.</i>	No hay línea de base y la medición 2012 está restringida a la APS: no se puede medir con el concepto rural/urbano para la red asistencial de mayor complejidad

Se puede apreciar que 12 de las 20 Metas superan el 70 % de cumplimiento al 2012, y 6 tienen el 100% cumplido. El nivel de cumplimiento de la meta 16 está perjudicado por la inexistencia de un marco legal en el sector público, para la negociación colectiva y para garantizar prestaciones esenciales en caso de conflicto. Sin embargo existe una práctica permanente de negociación, prevención, gestión de conflictos así como concertación de iniciativas y propuestas, con los gremios de la salud y los colegios profesionales, tanto en APS como en la red de hospitales. Testigo de ello es la existencia de un Departamento de Relaciones Laborales dentro de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, cuyas atribuciones se extienden también a las actividades de bienestar y calidad de vida en el trabajo en beneficio de los funcionarios.

El nivel de cumplimiento de la meta 10 se debe principalmente a la ausencia, hasta la fecha, de formalización nacional de la implementación del Código de práctica de la OMS sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.

Respecto de las metas señaladas como “pendiente de medición”, es preciso diferenciar dos situaciones:

- *las metas 17 (Medición preliminar) y 18 (sin Medición)* se podrán medir cuando se reciban las respuestas de las Universidades a la encuesta que se les ha dirigido. En los ejemplos citados anteriormente, destaca que las Universidad de Chile y la Austral han cambiado o están en proceso de reforma de varias mallas curriculares para fortalecer el enfoque de Atención Primaria e implementar actividades multi profesionales en el pre-grado.
- *La meta 9* no se puede medir (problema de sistema de información) y no se considera pertinente en el caso de Chile. Respecto de la *meta 6*, se efectuó por primera vez un ejercicio de comparación, en esta segunda medición, ejercicio que se limitó a la Atención Primaria de Salud. Este ejercicio arrojó un resultado relativamente positivo, en la medida en que la densidad de personal de zonas rurales por 10.000 habitantes inscritos alcanza un 87,2 % de la densidad de las zonas urbanas. Sin bien es necesario seguir mejorando el indicador, este resultado es producto de las políticas desarrolladas a lo largo de varias décadas en Chile para ampliar el acceso de la población al primer nivel de atención, en un contexto geográfico adverso.

B – Percepción de la Autoridad⁴² sobre lo que será prioritario hasta 2015.

En la tabla del Anexo Nº 4, se puede apreciar la percepción de la Autoridad Política sobre las prioridades más probables hasta el 2015 (terminó del Plan Regional OPS 2006-2015). Tal

⁴² Subsecretario de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.

como lo definió la metodología de la OPS, la calificación de este indicador se realizó de 1 a 3, siendo el 3 el más alto nivel de prioridad percibida.

Destaca que las metas que recibieron una calificación de 3 puntos (alta prioridad se acordará hasta 2015) corresponden a tres áreas:

- a la consolidación de APS a través del reforzamiento de sus competencias tanto en salud pública e interculturalidad (Meta 7), como en relación a la complejidad de sus funciones (Meta 8).
- a la reducción del empleo precario (Meta 13) y al fortalecimiento de las Políticas de Salud y Seguridad para los trabajadores de la salud (Meta 14).
- a la progresión en materia de acreditación de las Escuelas de las Ciencias de la Salud (Meta 20).

El resto de las Metas tiene un rango de prioridad intermedia (2 puntos). La Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud considera que ninguna tendrá un bajo nivel de prioridad hasta 2015.

**Anexo Nº 1 -Sistematización de Entrevistas a Informantes Clave.
Meta Nº 3 – Desarrollo de Equipos de Atención Primaria de Salud (APS) 2013⁴³**

Preguntas	Puntaje Promedio												
<p>1. ¿Existe un programa nacional de desarrollo de equipos de atención primaria de la salud? (Marque con una cruz).</p> <table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td align="center">X</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table>	SI	X	NO		10								
SI	X												
NO													
<p>2. Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué porcentaje de la población total del país es cubierta por los equipos de atención primaria de salud?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th align="center">% de población cubierta por los equipos de APS</th> <th align="center">Marque con una cruz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Menos del 20%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Entre un 20 y un 39%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Entre un 40 y un 59%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Entre 60 y un 79%</td> <td align="center">X</td> </tr> <tr> <td>Entre 80% y más</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>NOTA: Del total de beneficiarios del sistema público de salud (13.377.082 al 2012), un 97,1% equivalente a 12.989.146 personas, están inscritos en Atención Primaria Municipal (90 % en 2008). Esta población es atendida a lo menos por el equipo básico de salud, constituido por médico, enfermera, matrona, más el personal técnico, en tanto que una proporción importante de ella es atendida por equipos que además consideran nutricionista, psicólogo, asistente social, kinesiólogo entre otros profesionales, que trabajan en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) acreditados de acuerdo con el modelo de salud familiar y comunitaria. Relacionado con la población general de Chile (17.402.630 al 2012), el número de personas inscritas en la Atención Primaria de Salud alcanza un 74.7 % (versus 62.64 % en 2008).</p>	% de población cubierta por los equipos de APS	Marque con una cruz	Menos del 20%		Entre un 20 y un 39%		Entre un 40 y un 59%		Entre 60 y un 79%	X	Entre 80% y más		9 <i>(Observación: se propone el puntaje de 9, considerando que la cobertura aumento entre 2008 y 2013 de 62,6% a 74,7%)</i>
% de población cubierta por los equipos de APS	Marque con una cruz												
Menos del 20%													
Entre un 20 y un 39%													
Entre un 40 y un 59%													
Entre 60 y un 79%	X												
Entre 80% y más													
<p>3. ¿Utiliza redes comunitarias el programa de atención primaria de la salud? (Marque con una cruz).</p> <table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td align="center">X</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table>	SI	X	NO		10								
SI	X												
NO													
<p>4. ¿Cubre el programa a poblaciones vulnerables? (Marque con una cruz)</p> <table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td align="center">X</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table>	SI	X	NO		10								
SI	X												
NO													

⁴³ Fuentes: Documentación y sistema de monitoreo de APS de la División de Atención Primaria (DIVAP) del Ministerio de Salud, datos cuantitativos del año 2012, Sistema de Información APS y Entrevista de grupo a informantes clave: Jefa y profesionales del Dpto. del Modelo integral de Atención de la DIVAP.

<p>5. Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿Cuál de las siguientes poblaciones es cubierta por los equipos de atención primaria de la salud?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grupos Vulnerables</th> <th>Si</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Mujeres embarazadas de alto-riesgo</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Grupos étnicos</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Niños</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Ancianos</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. Inválidos: Discapacitados</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>f. Enfermos mentales</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. Grupos religiosos</td> <td colspan="2">No Aplica para Chile</td> </tr> <tr> <td>h. Grupos culturales</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>i. Bajos recursos</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>j. Idioma</td> <td colspan="2">No aplica para Chile, sin embargo existen <i>facilitadores interculturales</i> que permiten abordar los problemas relacionados con los idiomas.</td> </tr> </tbody> </table>	Grupos Vulnerables	Si	NO	a. Mujeres embarazadas de alto-riesgo	X		b. Grupos étnicos	X		c. Niños	X		d. Ancianos	X		e. Inválidos: Discapacitados	X		f. Enfermos mentales	X		g. Grupos religiosos	No Aplica para Chile		h. Grupos culturales	X		i. Bajos recursos	X		j. Idioma	No aplica para Chile, sin embargo existen <i>facilitadores interculturales</i> que permiten abordar los problemas relacionados con los idiomas.		<p>10</p> <p>Se informa puntaje completo sin perjuicio que hay dos ítem que no corresponden.</p>
Grupos Vulnerables	Si	NO																																
a. Mujeres embarazadas de alto-riesgo	X																																	
b. Grupos étnicos	X																																	
c. Niños	X																																	
d. Ancianos	X																																	
e. Inválidos: Discapacitados	X																																	
f. Enfermos mentales	X																																	
g. Grupos religiosos	No Aplica para Chile																																	
h. Grupos culturales	X																																	
i. Bajos recursos	X																																	
j. Idioma	No aplica para Chile, sin embargo existen <i>facilitadores interculturales</i> que permiten abordar los problemas relacionados con los idiomas.																																	
<p>6. ¿Cuáles de estos grupos profesionales son generalmente incluidos en los equipos de atención primaria de la salud? (Marque con una cruz).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Profesiones</th> <th>Si</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Médicos</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Enfermeras</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Matronas</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Técnico saneamiento básico</td> <td colspan="2">No aplica a APS: es una función que corresponde a la autoridad sanitaria regional. No pertenece a APS</td> </tr> <tr> <td>e. Trabajadores de la salud comunitarios</td> <td colspan="2">No aplica a APS: El trabajo comunitario es desarrollado por los profesionales y técnicos que forman los equipos de APS. No existe el concepto de trabajador comunitario en específico, sin perjuicio de existir voluntarios de las respectivas poblaciones adscritas que realizan esta labor.</td> </tr> <tr> <td>f. Auxiliares de enfermería</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. Otros: Nutricionistas, Kinesióloga/o, Asistente Social, Psicóloga/o, Odontóloga/o, Tecnólogo Médico, principalmente</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Profesiones	Si	NO	a. Médicos	X		b. Enfermeras	X		c. Matronas	X		d. Técnico saneamiento básico	No aplica a APS: es una función que corresponde a la autoridad sanitaria regional. No pertenece a APS		e. Trabajadores de la salud comunitarios	No aplica a APS: El trabajo comunitario es desarrollado por los profesionales y técnicos que forman los equipos de APS. No existe el concepto de trabajador comunitario en específico, sin perjuicio de existir voluntarios de las respectivas poblaciones adscritas que realizan esta labor.		f. Auxiliares de enfermería	X		g. Otros: Nutricionistas, Kinesióloga/o, Asistente Social, Psicóloga/o, Odontóloga/o, Tecnólogo Médico, principalmente	X		<p>10</p>									
Profesiones	Si	NO																																
a. Médicos	X																																	
b. Enfermeras	X																																	
c. Matronas	X																																	
d. Técnico saneamiento básico	No aplica a APS: es una función que corresponde a la autoridad sanitaria regional. No pertenece a APS																																	
e. Trabajadores de la salud comunitarios	No aplica a APS: El trabajo comunitario es desarrollado por los profesionales y técnicos que forman los equipos de APS. No existe el concepto de trabajador comunitario en específico, sin perjuicio de existir voluntarios de las respectivas poblaciones adscritas que realizan esta labor.																																	
f. Auxiliares de enfermería	X																																	
g. Otros: Nutricionistas, Kinesióloga/o, Asistente Social, Psicóloga/o, Odontóloga/o, Tecnólogo Médico, principalmente	X																																	

7. ¿Qué conjunto de competencias genéricas, son requeridas actualmente en los equipos de atención primaria de la salud?

Competencias	Respuesta 2013	
	SI	NO
a. Diagnóstico y manejo de condiciones crónicas y agudas	X	
b. Cuidado pre-natal y post-natal	X	
c. Prevención de enfermedad y discapacidad	X	
d. Crecimiento y desarrollo	X	
e. Rehabilitación después de enfermedad (seguimiento)	X	
f. Coordinación de los servicios de atención de la salud para poblaciones a alto riesgo (por ejemplo, niños, personas con trastornos mentales, adultos mayores y personas con discapacidad)	X	
g. Habilidades de trabajo en equipo y en red, con enfoque multidisciplinario y multiestamental. (no están incluidas en el manual 2013, lo estaban en el manual 2008)	X	

8. Con relación al nivel de competencias en salud pública e interculturalidad de los trabajadores de APS, señalar si los trabajadores de APS poseen las siguientes capacidades:

Competencias de Salud Pública	Respuesta 2013		
	Si	NO	Parcialmente Estime % (Promedio informantes Clave)
a. Habilidad de desarrollar estrategias para la promoción de la salud	X 1		85%
b. Vigilancia de factores de riesgo y condiciones epidemiológicas	X 1		92%
c. Educación y tratamiento preventivo para prevenir enfermedad y lesiones	X 1		85%
d. Conocimiento de la interacción de salud pública con los servicios de salud a nivel local	X 1		95%
e. Capacidad de utilizar evidencias en la toma de las decisiones, políticas, de gestión (planificación, ejecución y evaluación) y desarrollo de programas y practicas	X 1		90 %
f. Capacidad de llevar a cabo investigaciones, planear y evaluar	X 1		40 % estimación
g. Promueve alianzas, colaboración y abogacía	X 1		70 %
h. Capacidad de seguir y promocionar el bienestar y encarar las inequidades en el estado de salud	X 1		50 %

Competencias de interculturalidad :	X 1		90%
a. Habilidades interactivas y de comunicación que reconocen y realzan las capacidades cognitivas, emotivas y de intercambio que deben ser tomadas en cuenta cuando se le proporciona cuidados de salud a grupos étnicos, lingüísticos, religiosos y socio-económicos diversos.			
Promedio puntaje	9		
Promedio % de trabajadores con competencias en salud pública e interculturalidad			77%

Respaldo de las respuestas:

- *Punto g: Existen metas respecto de las actividades con el Consejo de desarrollo (metas ley 19.813).*
 - *Punto a (interculturalidad): 26 de 29 de servicios de salud realizan el programa de Salud Intercultural "Salud y Pueblos indígenas". Este programa tiene 10 años de existencia y beneficia de recursos específicos de acuerdo al convenio 169 de la Oficina Internacional del Trabajo.*
 - *Las fuentes de los % de personal que tienen las competencias enunciadas, son el proyecto de plan de salud comunal, que cada comuna elabora una vez al año.*
 - *El nivel central impulsa las buenas prácticas en actividades conjuntas del Ministerio de Salud, la Asociación de municipios y los Servicios de Salud.*
9. Con relación a la participación de enfermeras, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios en cursos de perfeccionamiento, señalar si ¿Existe un programa de educación en el trabajo (incluida la oferta universitaria o de institutos para perfeccionar la formación inicial de enfermeras, enfermeras auxiliares, técnicos de la salud, trabajadores comunitarios)?

Tipo de Funcionario	Respuesta 2013		Cuál
	SI		
a. Enfermeras	X		Programa de desarrollo de recursos humanos.
b. Auxiliares de Enfermería	X		Sistema de Aprendizaje a Distancia (SIAD). Programa de desarrollo de Capital Humano
c. Trabajadores Comunitarios	X		Pasantías nacionales Pasantías Internacionales,
d. Otros técnicos de salud	X		Programa de capacitación universal de la División de atención Primaria del Ministerio

10. Información adicional si tiene datos cuantitativos

	Respuesta 2013	
1. Número de cursos de este tipo que ofrece la institución o número de cursos que le facilitan el acceso fuera de la institución	57	Indicador 2013:
2. Número total de cursos que oferta el programa de educación en el trabajo (para todo tipo de personal)	64	89,1%
3. NÚMERO DE PERSONAS enfermeras, enfermeras auxiliares, técnicos de la salud y agentes/trabajadores comunitarios de salud quienes han llevado a cabo entrenamiento adicional (universitario, en-servicio, o en el trabajo) para mejorar sus habilidades en los últimos 3 años. (1)	NA	NA
4. Personal de salud total (de acuerdo a los grupos arriba considerados) que forman parte de la fuerza de trabajo total		

(1) Nota: El Sistema de información de APS está actualmente en proceso de reconstrucción, apuntando a instalar un dispositivo en línea desde los municipios, y que sea accesible por el Ministerio. Cuando esté instalado, se podrá contar con información más precisa y acabada sobre los indicadores de capacitación y formación, entre otros.

11. ¿Cuáles son los principales contenidos que se abordan en los programas de perfeccionamiento del personal mencionado en el punto anterior? Señale los 5 contenidos prioritarios:

Respuesta 2013
6. Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario (Cursos y Diplomas)
7. Resolutividad de la APS (Cursos y Diplomas en diversas áreas)
8. Salud Respiratoria infantil y adultos
9. Áreas permanentes: GES (Garantías en Salud), Salud Mental, Nutrición, Urgencias
10. Modelo de estrategia de Atención a personas con enfermedades crónicas en Chile (Compromiso de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020)

**Anexo Nº 2 -Sistematización de Entrevistas a Informantes Clave.
Meta Nº 5 – Dirección de Recursos Humanos para la Salud. 2013⁴⁴**

Existe la Dirección de Recursos Humanos:		Puntaje
SI	X	10
NO		

Características	Promedio Puntaje Informantes Clave
1. Nivel de jerarquía en el diseño de la organización ministerial: al lado del Ministro de Salud, en funciones de asesoría, o parte del equipo de conducción o parte de los niveles de dirección nacional	1,00
2. Desarrollar políticas de recursos humanos en salud para todo el sistema de salud	0,82
3. Planifica el número y tipo de recursos humanos que requiere el sistema de salud (por ejemplo, la cobertura poblacional de los equipos de salud)	0,70
4. Conducción estratégica de la gestión de recursos humanos en salud, la educación para el trabajo, y el abordaje de sus problemas y determinantes para el sistema de salud, mecanismos para incentivar la ubicación geográfica de personas, existencia de la Ley de carrera sanitaria.	0,88
5. Cuenta con un sistema de información actualizado que integre el inventario de sus recursos humanos en salud, número, tipo, localización y niveles educativos.	0,68
6. Utiliza la negociación para las relaciones intersectoriales con el sector educativo, empleador y gremial. Ministerio de Finanzas y Ministerio de Trabajo.	1,00
TOTAL	5,07/6

⁴⁴ Fuentes: Documentos de Políticas y Estrategias de Recursos Humanos para la Salud de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas del Ministerio de Salud (DIGEDEP), y Entrevistas a informantes clave: Jefe de la DIGEDEP, Jefe (subrogante) de la División de Redes Asistenciales y Jefa de la DIVAP del Ministerio de Salud, Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Consultor en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la Representación de la OPS en Chile.

Anexo Nº 3 -Sistematización de Documentación y Entrevistas a Informantes Clave⁴⁵.

Meta Nº 11 – Política de Autosuficiencia de Recursos Humanos

Existe una política de auto-suficiencia de recursos humanos y se aplica.	SI *	8/10
Existen solamente acuerdos o estrategias explícitas aisladas, no articuladas en una sola política para retener personal o incrementar el número de personal disponible.	NO	

*con matices explicitadas en las tablas siguientes.

Preguntas	Respuestas
Un compromiso para formar más profesionales de la salud para dar respuesta a la demanda local.	Sí, focalizado desde unos años la formación de Médicos y Odontólogos Especialistas, con financiamiento del Estado.
Un programa de reclutamiento que enfatiza las necesidades especiales de las comunidades rurales.	Ciclo de destinación y Formación de los Médicos Generales y Programa de Enfermeras rurales.
Una estrategia de retención que considera la compensación laboral, condiciones de trabajo y seguridad, roles profesionales y despliegue y comunicación y participación en decisiones de gerencia.	Sí, parcial y con problemas de eficiencia: existe una migración de médicos desde el sector público hacia el sector privado.
Otras:	<ul style="list-style-type: none"> Política de RHUS 2012. Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 con metas de dotaciones adecuadas y planificación de su distribución. Fortalecimiento del trabajo Salud/Educación, en particular actualización en 2011-2012, de la norma sobre la relación asistencial/docente.

Preguntas	Respuestas
Determine si existe una política actual nacional que explícitamente se enfoca en lograr la auto-suficiencia.	Sí, enfocada en la fase actual hacia los Médicos y Odontólogos Especialistas.
Determine si la política incluye producir y retener suficientes trabajadores de salud para dar respuesta a las demandas del país.	Sí, con la limitación de las herramientas disponibles en el Ministerio de Salud: financia becas para la especialización de los Médicos y Odontólogos, pero no para el pregrado. Dispone del ciclo de destinación y formación que permite proporcionar Médicos Generales en el sector público en todo el país, pero no se aplica a otros profesionales de salud.
Determine si la política incluye el reclutamiento específico de trabajadores extranjeros para dar respuesta a necesidades de entrega de servicios de salud locales.	Sí, en la actualidad; Médicos Especialistas españoles
Determine si la política está ligada a un Código de Práctica de país o internacional con respecto al reclutamiento de trabajadores de la salud internacionales.	Sí, en materia de derechos y beneficios de los profesionales de la salud extranjeros.

⁴⁵ Fuentes: Documentos de Políticas y Estrategias de Recursos Humanos para la Salud de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas del Ministerio de Salud (DIGEDEP), y Entrevistas a informantes clave: Jefe de la DIGEDEP, Jefe (subrogante) de la División de Redes Asistenciales y Jefa de la DIVAP del Ministerio de Salud, Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Consultor en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la Representación de la OPS en Chile.

<p>Determine si los programas de entrenamiento profesional de la salud tienen suficientes personas inscritas para lograr las necesidades futuras previstas para las necesidades de la población y las demandas en el sistema de entrega de servicios de salud.</p>	<p>Sí, se puede estimar a grandes rasgos que para algunas profesiones tales como por ejemplo Enfermeras y Kinesiólogos, la situación es de suficiencia. Sin embargo, existen dificultades persistentes en tener un número suficiente de Médicos que optan por especializarse en Medicina Familiar o mantenerse como Médicos Generales, lo que genera problemas en APS, además que los que se contratan en los consultorios tienen una alta rotación.</p>
<p>Determine qué pasos deben ser tomados para obtener mejores medidas de la emigración e inmigración de la fuerza de trabajo de salud.</p>	<p>No se ha trabajado en este aspecto.</p>
<p>Indique qué herramientas tiene para medir las necesidades de la fuerza de trabajo de la salud a nivel de país. Identifique los planes para hacer estimaciones de los requisitos actuales y futuros de los trabajadores de la salud.</p>	<p>Metodologías basadas en el uso de estándares para estimación de necesidades y brechas, en atención cerrada y respecto de los Especialistas. Metodología en desarrollo para la Atención Abierta y hospitales comunitarios. Requisitos de RHUS para APS determinados en función de las carteras de prestaciones demandadas a los centros primario de salud, y en relación a las Metas definidas en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Para el conjunto del sector público, determinar las dotaciones de personal adecuadas y planificar su consecución y distribución en función de las necesidades es una meta incluida en la Estrategia Nacional de Salud.</p>

ANEXO 4 – TABLA DE PRIORIZACIÓN

TABLA DE PRIORIZACIÓN DE METAS DE RHUS DE CHILE - AGOSTO-SEPTIEMBRE 2013										
SECUNDA MEDICIÓN DE LAS METAS REGIONALES DE RHUS DE LA OPS (LLAMADO DE TORONTO)										
Nº Desafíos y Metas	Desafíos y Metas	Indicador 1: % de cumplimiento (Máxi: 100 %)	Indicador 2: ¿A quién o a qué se le atribuye el cambio (Máxi: 3/3)	Indicador 3: Tendencia del país para favorecer la meta (Máxi: 3/3)	Indicador 4: Vulnerabilidad (Máxi: 3/3)	Indicador 5: Factibilidad (Máxi: 3/3)	Indicador 6: Viabilidad (Máxi: 3/3)	Indicador 7: Percepción del Político sobre lo que será prioritario hasta 2015 Calificar de 1 a 3 (3=alta prioridad), Calificación realizada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.	TOTAL (Máxi: 18/18, 100%)	
DESAFÍO 1 - Definir políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud. Asimismo desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y realizar una revisión periódica.										
Meta 1	<i>Todos los países de la Región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de salud de 25 profesionales por 10.000 habitantes.</i>	100 % (Total País) 95,7 % de la Meta cumplida (sector Público)	2/3 (Gestión División de RHUS+ Gestión División Atención Primaria + Gestión División de Gestión de Redes Asistenciales en el sector público + dinámica oferta de formación sector Educativo)	2/3 (Elección presidencial en 2013, cambio de gobierno en marzo 2014, sin embargo continuidad probable de varios componentes de la política de salud y recursos humanos enmarcada en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020)	2/3 (Media capacidad para posicionar el tema de RHUS en la Agenda Ministerial y general alianzas con sectores estratégicos (Ministerios de Finanzas, Trabajo, Cancillería y Universidades)	2/3 (recursos económicos obtenidos dependerán de la evolución económica del país, y recursos humanos obtenidos de la capacidad de negociación de las autoridades ministeriales futuras y la capacidad de demostrar rendimiento, costo efectividad y resultados)	1,5/3 (Prioridad del Estado: 1, Apoyo Ministerial generado por la Dirección de RHUS: 0,5)	2/3	11,5/18	
Meta 2	<i>Las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.</i>	59,4 % de la Meta cumplida	1/3 (competencia de acceso a RHUS entre segmento de mayor complejidad y APS, tendencia a la especialización y opciones laborales de los Médicos hacia el nivel de atención de mayor complejidad, insuficientemente compensado por el efecto positivo del ciclo de destinación y formación de los médicos llevado por el Ministerio de Salud)	1,5/3 (Elección presidencial en 2013, cambio de gobierno en marzo 2014, sin embargo continuidad probable de varios componentes de la política de salud y recursos humanos enmarcada en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020; sin embargo requiere posiciones e incentivos más claros del Sector Salud y Educación para priorizar el aumento y la mantención a largo plazo de la cobertura en médicos generales y de familia en el primer nivel de Atención)	2/3 (Media capacidad para posicionar el tema de RHUS en la Agenda Ministerial y general alianzas con sectores estratégicos (Ministerios de Finanzas, Trabajo, Cancillería y Universidades)	1,5/3 (recursos económicos obtenidos dependerán de la evolución económica del país, y recursos humanos obtenidos (en particular incentivos económicos para que los médicos permanezcan en la APS), de la capacidad de negociación de las autoridades ministeriales futuras y la capacidad de demostrar rendimiento, costo efectividad y resultados)	1,5/3 (Prioridad del Estado: 1, Apoyo Ministerial generado por la Dirección de RHUS: 0,5)	2/3	9,5/18	
Meta 3	<i>Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.</i>	98,6 % de la Meta cumplida	2,5/3 (Gestión de la División de Atención Primaria, Consolidación de la implementación del Modelo de Atención centrado en APS, Gestión tripartita Ministerio de Salud / Asociación de Municipios y Gremio de APS)	2/3 (Elección presidencial en 2013, cambio de gobierno en marzo 2014, sin embargo continuidad probable de la política respecto de esta meta enmarcada en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, también por costo-efectividad de la estrategia de APS en un contexto de envejecimiento acelerado de la población y de alza de las patologías crónicas y múltiples).	2/3 (Media capacidad para posicionar el tema de RHUS en la Agenda Ministerial y generar alianzas con sectores estratégicos (Ministerios de Finanzas, Trabajo, Cancillería y Universidades)	2/3 (recursos económicos obtenidos dependerán de la evolución económica del país, y recursos humanos obtenidos para la meta, sin embargo el nivel de costo/efectividad de la consolidación de la APS en el escenario demográfico y epidemiológico actual y futuro del país es un factor facilitador).	1,5/3 (Prioridad del decisor político o en proyecto del Estado: 1, Apoyo Ministerial generado por la Dirección de RHUS: 0,5)	2/3	12/18	
Meta 4	<i>La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países.</i>	71,1 % de la Meta cumplida	1/3	2/3 Influida por escenario demográfico y epidemiológico actual y futuro, Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 y Costo de la Salud	2/3 (Media capacidad para posicionar el tema de RHUS en la Agenda Ministerial)	2/3	2/3	2/3	11/18	

Nº Desafíos y Metas	Desafíos y Metas	Indicador 1: % de cumplimiento (Máxi: 100 %)	Indicador 2: ¿A quién o a qué se le atribuye el cambio (Máxi: 3/3)	Indicador 3: Tendencia del país para favorecer la meta (Máxi: 3/3)	Indicador 4: Vulnerabilidad (Máxi: 3/3)	Indicador 5: Factibilidad (Máxi: 3/3)	Indicador 6: Viabilidad (Máxi: 3/3)	Indicador 7: Percepción del Político sobre lo que será prioritario hasta 2015 Calificar de 1 a 3 (3=alta prioridad)	TOTAL (Máxi: 18/18, 100%)
Meta 5	Todos los países de la Región habrán establecido una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.	94,4 % de la Meta cumplida	2/3	2/3	2/3 (Media capacidad para posicionar el tema de RHUS en la Agenda Ministerial)	1,5/3	2/3	2/3	11,5/18
Sub total Desafío 1			8,5	9,5	10	8,5	9	12/15	55,5/90
Desafío 2 - Ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados, de manera de lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población.									
Meta 6	La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015.	No se puede medir la evolución del grado de cumplimiento de esta Meta, pues no se estableció línea de base en 2008.	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
Meta 7	Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables.	110 % de la Meta cumplida	3/3, la política de capacitación de los funcionarios es una política de Estado, incorporada a la gestión de la carrera funcionaria y forma parte de acuerdos con los gremios. El modelo de salud centrado en la APS con enfoque familiar y comunitario es un componente esencial de la Política de Salud.	3/3 (Elección presidencial en 2013, cambio de gobierno en marzo 2014, sin embargo continuidad probable de varios componentes de la política de salud y recursos humanos enmarcada en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020)	2/3	2/3	2/3	3/3	15/18
Meta 8	Setenta y cinco por ciento de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones .	118,3 % de la Meta cumplida	3/3, la política de capacitación de los funcionarios es una política de Estado, incorporada a la gestión de la carrera funcionaria y forma parte de acuerdos con los gremios. El modelo de salud centrado en la APS con enfoque familiar y comunitario es un componente esencial de la Política de Salud.	3/3 (Elección presidencial en 2013, cambio de gobierno en marzo 2014, sin embargo continuidad probable de varios componentes de la política de salud y recursos humanos enmarcada en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020)	2/3	2/3	2/3	3/3	15/18
Meta 9	El treinta por ciento del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades.	Meta pendiente de Medición	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
Sub total Desafío 2									
Desafío 3 - Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.									
Meta 10	Todos los países de la Región habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.	40,0 % de la Meta cumplida	-	-	-	-	-	-	-
Meta 11	Todos los países de la Región tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.	80 % de la Meta cumplida	2/3	2/3	2/3	1,5/3	2/3	2/3	11,5/18
Meta 12	Todas las subregiones habrán formulado acuerdo mutuo e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.	100 % de la Meta cumplida	2/3	2/3	2/3	-	1,5/3	2/3	9,5/18
Sub total Desafío 3									

Nº Desafíos y Metas	Desafíos y Metas	Indicador 1: % de cumplimiento (Máxi: 100 %)	Indicador 2: ¿A quién o a qué se le atribuye el cambio (Máxi: 3/3)	Indicador 3: Tendencia del país para favorecer la meta (Máxi: 3/3)	Indicador 4: Vulnerabilidad (Máxi: 3/3)	Indicador 5: Factibilidad (Máxi: 3/3)	Indicador 6: Viabilidad (Máxi: 3/3)	Indicador 7: Percepción del Político sobre lo que será prioritario hasta 2015 Calificar de 1 a 3 (3:alta prioridad)	TOTAL (Máxi: 18/18, 100%)
Desafío 3 - Generar ambientes de trabajo saludables que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.									
Meta 13	La proporción de empleo precario/ sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.	100 % de la Meta cumplida (proporción de empleo precario sector público: 7,4 % en 2007 y 6,7 % en 2012)	3/3	2/3	2/3	1.5/3	2/3	3/3	13,5/18
Meta 14	Ochenta por ciento de los países en la Región habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales.	Cobertura de la política: 93,4 % del personal del Sector Público. Desarrollo de la Política: 71,7 % de la Meta cumplida	3/3	2/3	2/3	1.5/3	1.5/3	3/3	13/18
Meta 15	Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellos las de carácter ético.	100% de la Meta cumplida	1/3: Entorno del Estado: creación del sistema de Alta Dirección Pública	3/3: sistema creado con amplio consenso político	2/3	1.5/3	3/3	2/3	12,5/18
Meta 16	El 100% de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.	30 % de la Meta cumplida (30/100 Puntos)	1/3: Gestión del Ministerio de Salud	2/3	3/3	1.5/3	3/3	2/3	12,5/18
Sub total Desafío 4			8	9	9	6	9,5	10/12	51,5/72
Desafío 5 - Crear Mecanismos de Cooperación entre las Instituciones Educativas y de Servicios de Salud para producir Profesionales Sanitarios sensibles a las Necesidades de la Comunidad y calificado.									
Meta 17	El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.	Pendiente de Medición: solo 4 respuestas sobre 12 Universidades encuestadas. Sólo se dispone de comentarios cualitativos de informantes clave.	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
Meta 18	El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adaptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas y/o afros.	Pendiente de Medición: solo 4 respuestas sobre 12 Universidades encuestadas. Sólo se dispone de comentarios cualitativos de informantes clave.	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
Meta 19	El porcentaje de estudiantes de las escuelas de medicina y enfermería que inician y no terminan las carreras en los años esperados no pasarán del 20%.	100 % de la Meta cumplida respecto de los Médicos, 40,4 % de la Meta cumplida respecto de las Enfermeras (60,1% total ambas profesiones)	No hay línea de base 2007-2008	No hay línea de base	No hay línea de base	No hay línea de base	No hay línea de base	No hay línea de base	No hay línea de base
Meta 20	El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas (en cuanto a su calidad) por una entidad reconocida.	59,2 % del total de las carreras x sedes acreditadas al 31/12/2012 81,75 % de la Meta cumplida	2/3: Política del Ministerio de Educación y no de Salud. Sin embargo influencia indirecta del Ministerio de Salud a través del Sistema de Calidad en Salud, que incluye exigencias respecto de la calidad del personal de salud.	3/3: Nueva ley de Educación inscrita en la agenda política	2/3: Alto posicionamiento político en la actualidad. Depende de consensos políticos y del próximo cambio de gobierno.	1.5/3	2/3	3/3	13.5/18
Sub total Desafío 5									
Nota : las sumas por desafío o por meta nos se efectuaron cuando un indicador no fue informado o cuando faltaba la línea de base 2008									
Departamento de Planificación de RHS y Control de Gestión. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud de Chile. Agosto-Septiembre 2013.									

ANEXO 5 – Fuentes de datos cuantitativos

- 1 – Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud. www.superdesalud.cl
- 2 – Bases de datos demográficos del Instituto Nacional de Estadísticas. www.ine.cl
- 3 – Bases de datos demográficos del Fondo Nacional de Salud. www.fonasa.cl
- 4- Bases Índice del Consejo Nacional de Educación: www.cned.cl
- 5- Bases de Datos del Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH) de los Servicios de Salud y Ministerio de Salud.
- 5 – Base de desempeño difícil de la Atención Primaria de Salud.
- 6 – Base de Establecimientos de Salud. Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud: www.deis.minsal.cl