

Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política:

el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y el Perú




Síntesis de hallazgos en cinco países de América Latina

Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política:

el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y el Perú



Síntesis de hallazgos en cinco países de América Latina



Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política: el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y el Perú. Síntesis de hallazgos en cinco países de América Latina

ISBN 978-92-4-003898-1 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-003899-8 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud 2021

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descarga junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

Forma de cita propuesta. Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política: el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y el Perú. Síntesis de hallazgos en cinco países de América Latina. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Catalogación (CIP). Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <https://www.who.int/es/copyright>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descarga generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

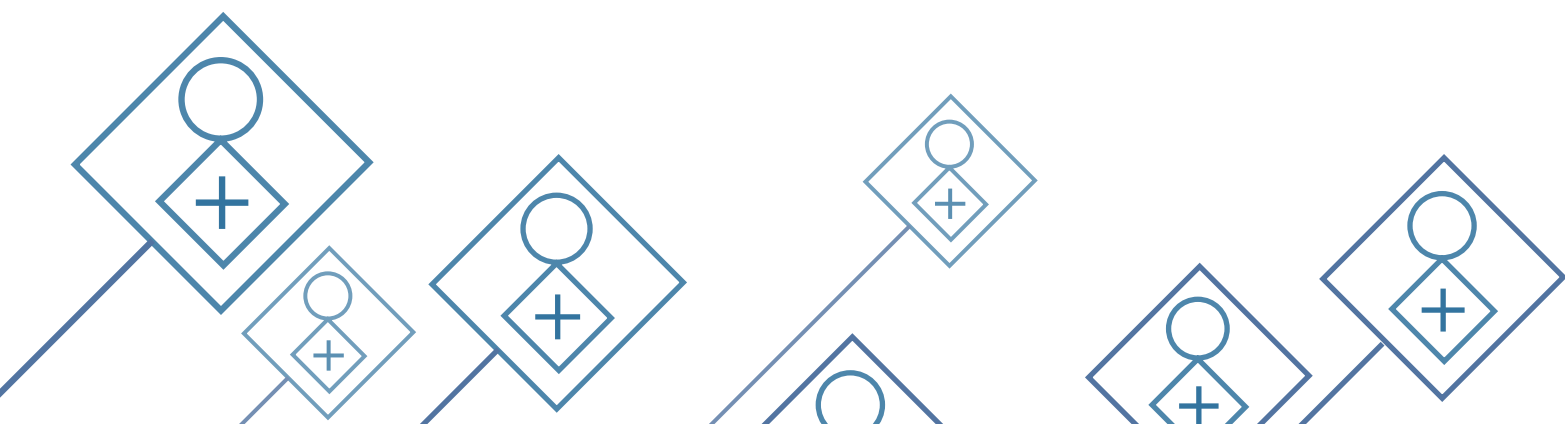
Diseño y diagramación. Diego Gaviria, Wilson Ardila.

Contenido

Prólogo	iv
Notas de reconocimientos	v
Abreviaturas	vi
Resumen ejecutivo	vii
1. Introducción	1
2. Contexto del país	3
3. Método y fuentes de datos	5
4. Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud	7
5. Respuesta de política	15
5.1 Estrategia general implementada	16
5.2 Mejorando la disponibilidad de los recursos humanos para la salud	17
5.2.1 Identificando la necesidad de los recursos humanos para la salud para atender la COVID-19	17
5.2.2 Medidas para mantener o aumentar a los recursos humanos para la salud	20
5.3 Medidas de protección y apoyo a los recurso humanos en salud	26
5.3.1 Seguridad y salud en el trabajo y prevención y control de infecciones..	26
5.3.2 Capacitación	28
5.3.3 Vacunación	28
5.4 Financiamiento	30
6. Discusión de fortalezas y desafíos	33
7. Discusión de resultados	35
Referencias	39

Tablas

Tabla 1. Densidad de médicos y personal de enfermería por 10 000 habitantes	4
Tabla 2. Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud	10
Tabla 3. Monto adicional destinado a los recursos humanos para la salud	30
Tabla 4. Estrategias y mecanismos para abordar aspectos relacionados a los recursos humanos para la salud a fin de responder a la COVID-19	36



Prólogo

Actuemos juntos para proteger e invertir en los recursos humanos para la salud

Los recursos humanos para la salud representan uno de los principales pilares de sistemas de salud resilientes y se han demostrado ser fundamentales para responder a la COVID-19. La pandemia, además de poner en evidencia un déficit en la disponibilidad de los trabajadores de la salud, ha relevado la importancia de tener sistemas de información adecuados y la necesidad de impulsar medidas para proteger al personal de salud, para así fomentar y asegurarles trabajos decentes.

En el *Año internacional de los Trabajadores y Sanitarios y Asistenciales* (2021) y en un esfuerzo por apoyar a los países en el diseño e implementación de estrategias para abordar los problemas de los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19, la Dirección de Recurso Humano en Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con el Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), han impulsado un estudio de casos de cinco países latinoamericanos sobre el impacto de la COVID-19 en los RHS y la respuesta de política. Este estudio proporciona una metodología e indicadores de medición estandarizados para identificar, analizar y cuantificar el impacto multifacético de la COVID-19 en los RHS. En particular, estudia los impactos en las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, su disponibilidad y distribución en el país, además de su salud mental y riesgo de infección y su bienestar social.

La importancia de este estudio es multifacético y se ha beneficiado de la participación de Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Ecuador, y el Perú, países integrantes de la Subregión Andina de la OPS, del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU) y de la Organización de Estados Americanos (OEA). El proceso de realización del estudio ha contribuido al desarrollo de capacidades nacionales para identificar y analizar los desafíos asociados con los RHS. Los datos y la información resultantes proporcionan un nuevo conocimiento y nuevas perspectivas para el diálogo sobre políticas a nivel nacional y el análisis entre países, para así informar acciones de política y facilitar la coordinación. Por lo tanto, representa un bien común para la salud a través de toda la Región de las Américas. Además, el estudio contribuye a la perspectiva mundial, al proporcionar información a los bienes públicos de la OMS y a los documentos de orientación provisionales sobre la respuesta a la COVID-19.

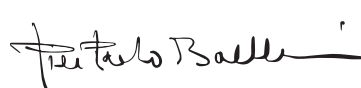
Este estudio ofrece una sistematización de las políticas y estrategias que adoptaron los países participantes para enfrentar los desafíos derivados de la COVID-19 sobre los RHS. Este conocimiento y las lecciones aprendidas contribuyen a aportar evidencia y alinear prioridades y objetivos de política en torno a la protección de y cuidado por la fuerza laboral de salud de toda la Región. Adicionalmente destaca la necesidad de mejorar la inversión en RHS como estrategia prioritaria para fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud, asegurando su continuidad y óptimo funcionamiento con acceso y cobertura adecuados para toda la población.



Jim Campbell
Departamento de la
Fuerza Laboral en Salud, OMS



James Fitzgerald
Director Departamento de Sistemas y
Servicios de Salud, OPS/OMS



Pier Paolo Balladelli
Director Programa Subregional
para América del Sur, OPS/OMS

Notas de reconocimientos

El presente documento ha sido producido bajo la orientación de Juana Paola Bustamante Izquierdo, Economista Laboral del Departamento de la Fuerza Laboral en Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y Hernán Sepúlveda Uribe, Asesor de Recursos Humanos para la Salud del Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)—con la supervisión de Pascal Zurn, Coordinador de Mercado Laboral de la Salud y Alianzas en la OMS; Dr. Rubén Mayorga Sagastume, Coordinador del Programa Subregional para América del Sur (SAM), OPS/OMS; y Fernando Menezes, Jefe, Unidad de Recursos Humanos de la OPS/OMS.

Durante su desarrollo, se contó con la revisión y validación por parte de Julio Pedroza, referente de la OPS en Bolivia (Estado Plurinacional de); Mario Cruz-Peñate, referente de la OPS en Chile y Luz María Salazar, referente de la OPS en Colombia; Sonia Quezada, referente de la OPS en Ecuador; y Miguel Dávila Dávila, referente de la OPS en el Perú. Sus aportes y explicaciones, así como la nueva documentación y actualizaciones de información remitidas, facilitaron la comprensión de la situación particular de cada país, aportando datos más precisos en la documentación de las experiencias y fortaleciendo los análisis realizados y las conclusiones derivadas.

La principal fuente tanto de información como de retroalimentación técnica provino de los encargados de temáticas relacionadas con la información y gestión de los RHS del ministerio de salud de cada país. Ellos apoyaron en la recolección y envío de información a través del cuestionario solicitado a cada ministerio y en las reuniones de presentación de avances y resultados, así proporcionando valiosa retroalimentación en su área de experticia: de Bolivia (Estado Plurinacional de), Teresa Becerra, profesional del Ministerio de Salud; de Chile, Olga Correa Flores, jefa del Departamento de Planificación y Control de Gestión de Recursos Humanos en Salud y Claudia Godoy, jefa de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud; de Colombia, Oswaldo Barrera, coordinador Grupo Ejercicio y Desempeño de Talento Humano en Salud de la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social; del Ecuador, Gino Cabezas, profesional de la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud y Marco Muñoz Herrería, Director Nacional de Normatización del Talento Humano en Salud; y del Perú, Claudia Ugarte Taboada, jefa de la Dirección General de Personal de la Salud (DIGEP) y Javier Loayza, responsable del Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud (ORHUS) del Ministerio de Salud.

Michelle Guillou, Diana Hernández Hernández y Mario Parada Lezcano realizaron la recolección y organización de información y la documentación de los casos de estudio.

Abreviaturas

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CNPS	Cuentas Nacionales del Personal de Salud
EPP	Equipo de Protección Personal
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador
INS	Instituto Nacional de Salud de Colombia
MEF Perú	Ministerio de Finanzas y Economía del Perú
MS	ministerio de salud
MS Bolivia	Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia
MS Chile	Ministerio de Salud de Chile
MS Colombia	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia
MS Ecuador	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
MS Perú	Ministerio de Salud del Perú
OEA	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS CONHU	Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU)
ORHUS	Observatorio Nacional de Recursos Humanos, MS Perú
OTHS	Observatorio de Talento Humano en Salud, MS Colombia
PCI	prevención y control de infecciones
PdR	presidencia de la república
PdR Colombia	Presidencia de la República de Colombia
PdR Ecuador	Presidencia Constitucional del Ecuador
PdR Perú	Presidencia de la República del Perú
RHS	recursos humanos para la salud
SIS	sistemas de información de salud
SIRHS	sistema de información de recursos humanos para la salud
SOWN	Situación de la enfermería en el mundo (siglas en inglés) [State of the World's Nursing]
SUSESO Chile	Superintendencia de Seguridad Social de Chile

Resumen ejecutivo

Los recursos humanos para la salud (RHS) están al frente de la respuesta al COVID-19 y, como tal, están altamente expuestos a diferentes riesgos. Si bien se han realizado esfuerzos para evaluar el impacto directo de la pandemia en los trabajadores de la salud, todavía falta una visión y un enfoque más completos para comprender el impacto multifacético de COVID-19 en los RHS y las políticas adoptadas por los países para abordar los desafíos. Para obtener un mayor conocimiento sobre el impacto de la COVID-19 en los RHS y la respuesta política, se ha realizado una serie de estudios de casos nacionales.

Este documento resume los hallazgos clave de los estudios de caso nacionales en cinco países de América del Sur: Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Ecuador y el Perú. Analiza el impacto de la COVID-19 sobre la salud, la seguridad en el trabajo y las condiciones laborales de los RHS, así como sobre las estrategias y los mecanismos utilizados por estos países para aumentar, mantener y proteger a los RHS, en términos de su disponibilidad, capacitación, protección, bienestar, remuneración y financiación. Los estudios de caso se desarrollaron utilizando una metodología estandarizada basada en la guía provisional desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2020, titulada *Política y gestión de la fuerza laboral de salud en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19*; marco estandarizado de medición del impacto y marco del mercado laboral de salud.

Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud

La disponibilidad de los RHS se redujo porque los trabajadores tuvieron que aislarse, enfermaron o murieron de COVID-19. Las estimaciones mundiales de infección y muerte por COVID-19 tienden a sugerir que los mecanismos oficiales de notificación no captan la escala completa de estos hechos. La información apropiada, confiable y oportuna es fundamental para medir el impacto de COVID-19 en los RHS y, por lo tanto, para planificar y actualizar la respuesta a emergencias de salud, así como para la asignación de recursos. Entre el 3,27% y el 12,62% de los trabajadores de la salud han sido infectados por el virus, de los cuales entre el 0,20% y 1,97% han fallecido en los países considerados en este estudio. Analizar cómo los casos confirmados de COVID-19 varían entre los grupos ocupacionales de trabajadores de la salud es importante para el desarrollo de las pautas de prevención y control de infecciones (PCI), para identificar a los trabajadores de salud con mayor riesgo de infección durante las emergencias de salud y para estimar el déficit de RHS debido a la infección. La mayor concentración de casos de COVID-19 en Chile, Colombia, Ecuador y el Perú se observó entre médicos y personal de enfermería.

Las decisiones de salud pública en relación con los RHS requieren un sistema de información y vigilancia de los trabajadores de la salud para identificar diferentes enfermedades y riesgo. En el caso de la COVID-19, este sistema de información estuvo ligado a la regulación e implementación sobre pruebas a los trabajadores de la salud. El proceso de implementación de pruebas varió entre países, dependiendo de varios factores entre los cuales se encuentra financiación de las pruebas, reconocimiento de la COVID-19 como enfermedad laboral, la disponibilidad de insumos para realizar y procesar las pruebas y la definición de a cuál entidad corresponde garantizar la realización de las pruebas.

Respuesta de política

Los cinco países tuvieron que afrontar la emergencia sanitaria COVID-19 con escasez de trabajadores de la salud en grupos ocupacionales clave o con desequilibrios regionales dentro del país. Los cinco países implementaron una serie de medidas para mantener o aumentar la disponibilidad de los trabajadores de la salud y reducir su riesgo de infección, además de la prevención y mitigación de los trastornos de salud mental. Las estrategias utilizadas para abordar los problemas de la fuerza laboral de salud en la respuesta al COVID-19 se relacionaron con tres pilares para la respuesta a las emergencias de salud en los RHS: preparación para dar respuesta inicial a la emergencia sanitaria; fortalecimiento de los RHS para aumentar la capacidad de respuesta del sistema de salud; y revisión y actualización de medidas.

La planificación de los RHS es un elemento crucial de la respuesta a emergencias. La planificación de la respuesta inicial a la COVID-19 varió entre países, incluyendo la identificación de la necesidad, disponibilidad y déficit de personal de salud, con miras a incrementar la capacidad de respuesta del sistema de salud. Tomando los cinco países en conjunto, se proyectó un déficit inicial de 34 261 trabajadores de la salud adicionales.

El desafío identificado para mejorar los datos para la preparación es desarrollar instrumentos que brinden información en tiempo real, completa y

detallada para incentivar los esfuerzos para abordar la escasez, tanto estructural como durante las emergencias sanitarias.

Las políticas destinadas a facilitar la contratación, el despliegue de personal adicional y la redistribución de los RHS existentes en los cinco países incluyeron: el reclutamiento de personal por medio de nuevos mecanismos de contratación o el ajuste de los ya existentes; la asignación temporal de los RHS desde los servicios no COVID hacia la atención de pacientes COVID-19; aumento de la disponibilidad de los RHS mediante los estudiantes y recién graduados nacionales y extranjeros, jubilados, voluntarios y fuerzas armadas; cooperación internacional; servicio social obligatorio; y cambios de turnos. Para esto, los cinco países establecieron regulaciones. Estas medidas fueron acompañadas de incentivos económicos específicos. El mayor desafío por delante es desarrollar mecanismos para absorber a los RHS recién contratados para reducir las brechas prepandémicas y mantener mejoras en sus términos y condiciones de empleo, como aumentos salariales, que a su vez dependen en gran medida de la identificación de fuentes adecuadas de financiación.

Disminuir el riesgo de contagio del personal sanitario, además de la prevención y mitigación de trastornos de salud mental en los trabajadores para la salud, es un componente fundamental de la respuesta a la pandemia en los cinco países. Los países implementaron medidas para garantizar



la disponibilidad de EPP, que variaron según el país dependiendo de la fuente de financiamiento y de la entidad responsable de adquirir EPP, el principal desafío fue flexibilizar la normatividad de contratación pública y la descentralización según necesidad. El fortalecimiento de la PCI se realizó mediante la aplicación de pruebas de rutina que priorizaron al RHS, variando la periodicidad según el país, guías en la identificación de riesgo de los RHS y capacitación en diagnóstico y manejo de la COVID-19. Esto fue acompañado de mejoras en las condiciones laborales como bonificaciones y aumentos salariales; seguros de vida (Bolivia [Estado Plurinacional de], Chile y el Perú); reconocimiento de la COVID-19 como enfermedad laboral para los trabajadores de la salud (en Chile y Colombia); identificación de grupos de riesgo (que impactaron la disponibilidad en algunos de los países) por edad, comorbilidad, embarazo y atención a niños pequeños, quienes suspendieron sus actividades y pasaron a labores menos expuestas a la COVID-19 como la telemedicina; e implementación o fortalecimiento de planes de salud mental.

Finalmente, mediante la capacitación, se definió nuevas competencias para el cuidado de una nueva enfermedad.

Los países definieron estrategias para financiar el costo adicional de las medidas para responder a la COVID-19. En Chile, Colombia y el Perú usaron principalmente recursos existentes en el presupuesto corriente y de inversión del presupuesto general

del estado. En Ecuador, se complementaron con recursos de donación y créditos de organismos multilaterales. La principal fuente de financiación en el Estado Plurinacional de Bolivia fue un crédito otorgado previo a la pandemia por parte del Banco Mundial, al cual se hizo cambio de destinación. La inversión se centró en aumentar el número de trabajadores de la salud para abordar los déficits en ciertos grupos ocupacionales o la distribución desigual de los RHS entre las regiones. Parte de estos RHS adicionales deberá conservarse después de la pandemia para cerrar las brechas y contribuir así al acceso universal y la cobertura de salud. En muchos casos, las mejoras salariales y los incentivos estaban vinculados a mejores condiciones de trabajo, y también se ofrecieron incentivos para reducir las disparidades regionales.

Todo lo anterior requirió el trabajo articulado y coordinado de varias entidades al interior de cada país, dentro de las que se destacan los ministerios de salud, educación, trabajo y economía. La recopilación y análisis de datos adicionales sería importante para obtener una mejor idea del impacto de las medidas a corto y largo plazo destinadas a fortalecer a los RHS durante la pandemia de COVID-19.

A pesar de que la información recopilada muestra una foto en el tiempo, es relevante en 2021 y está ayudando a alinear las prioridades y los objetivos para fortalecer a los RHS durante las emergencias sanitarias y aumentar la resiliencia del sistema de salud. En particular, el uso de datos e información proporciona nuevos conocimientos para el diálogo sobre políticas a nivel nacional. Como resultado, este estudio provee información sobre las acciones de política y permite la coordinación entre instituciones dentro del país y dentro de la subregión andina de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), entonces es un bien común para la salud que apoya el análisis entre países. Además, contribuye a la perspectiva global al brindar información sobre los bienes públicos de la OMS y los documentos de orientación provisionales sobre la respuesta al COVID-19.





1 Introducción

Los trabajadores de la salud están al frente de la respuesta al coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo SARS-COV-2 (COVID-19) y, como tal, están altamente expuestos a diferentes riesgos que incluyen la infección y la muerte, la fatiga, el agotamiento, el estrés, el acoso y la violencia física y psicológica. Si bien se han realizado esfuerzos para evaluar el impacto directo de la pandemia en los trabajadores de la salud, la atención se ha centrado principalmente en las infecciones y en las muertes. Sin embargo, las estimaciones mundiales de infección y muerte por COVID-19 tienden a sugerir que los mecanismos oficiales de notificación no captan la escala completa.

Para proporcionar una visión más completa del impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud (RHS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló un marco estandarizado de medición del impacto (OMS, 2021a). Este marco tiene como objetivo proporcionar una comprensión y un enfoque integrales para monitorear el impacto de la COVID-19 en los trabajadores de la salud, así como un conjunto común de indicadores de medición estandarizados y fuentes de datos pertinentes que pueden medir este impacto multifacético y sintetizar la evidencia. De particular importancia para informar este marco, cinco países de América del Sur han colaborado con la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional

de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y con la OMS en la evaluación integral del impacto de la COVID-19 en los RHS y en la revisión de las políticas adoptadas para abordar los desafíos existentes relacionados con el déficit de RHS y las medidas implementadas para proteger y apoyar a los RHS.

Los trabajadores de la salud son un factor clave para alcanzar sistemas de salud resilientes, y se han mostrado ser fundamentales para responder a la COVID-19. Sin embargo, la pandemia ha evidenciado problemas en la disponibilidad de los RHS, en la falta de equipos de protección personal (EPP) y en condiciones inadecuadas de trabajo. Los trabajadores de la salud corren un alto riesgo de infección por la COVID-19 en los servicios de salud debido a la falta o uso inadecuado de EPP, el incumplimiento de las normas de prevención y control de infecciones (PCI) o la capacitación insuficiente, entre otros, así reduciendo la disponibilidad de los RHS.

Este documento proporciona un resumen y destaca los hallazgos clave de los estudios de caso sobre la COVID-19 y los RHS en cinco países de América del Sur: Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Ecuador y el Perú. Analiza el impacto de la COVID-19 sobre la salud, la seguridad en el trabajo y las condiciones laborales de los RHS, así como las políticas adoptadas por los países entre marzo y

diciembre de 2020 para enfrenar estos problemas y aumentar la disponibilidad y la capacitación de los RHS y mejorar la capacidad de respuesta. En un esfuerzo por apoyar a los países, un equipo de formuladores de políticas, académicos e investigadores colaboraron en el diseño e implementación de estrategias para abordar los problemas del personal de salud durante la COVID-19 y las emergencias sanitarias. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo presentar y compartir experiencias sobre la planeación e implementación de políticas para enfrentar los desafíos generados por la COVID-19 en Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Ecuador y el Perú, como países integrantes de la Subregión Andina de la OPS, del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU) y de la Organización de Estados Americanos (OEA). Las lecciones aprendidas y los desafíos presentados por el impacto de la COVID-19 en los RHS, además de las políticas adoptadas por estos países, contribuyen a proporcionar evidencia sobre la forma de preparar a los RHS para reaccionar ante una emergencia sanitaria y desarrollar políticas de gestión de los RHS para hacer que los sistemas de salud sean más resilientes.

Este documento se organiza de manera siguiente: en primer lugar, se presenta una breve descripción del sistema de salud del país y un análisis de la situación de los RHS antes de la COVID-19; en segundo lugar, se encuentra el método y las fuentes de información utilizadas; finalmente se analiza el impacto de la COVID-19 en los trabajadores de la salud, seguido por la respuesta de política en relación con cinco aspectos:

- ♦ la estrategia de respuesta general implementada;
- ♦ la estimación de necesidad de recurso humanos en salud;
- ♦ las medidas para mantener o aumentar los recursos humanos para la salud;
- ♦ las medidas de protección y apoyo a los recursos humanos para la salud en términos de seguridad y salud en el trabajo, prevención y control de infecciones, capacitación y vacunación; y
- ♦ financiamiento.

Por último, se encuentran las conclusiones. A continuación, se hace un recuento de los hallazgos, similitudes, diferencias y retos encontrados en los cinco países para cada tema.



2

Contexto del país



Un primer elemento a analizar es la configuración existente del sistema de salud, para identificar si favorece o restringe la adopción de políticas y estrategias frente a circunstancias de emergencias sanitarias nacionales. Uno de los rasgos generales de los sistemas de salud de los cinco países es la existencia de diferentes subsistemas que componen los sistemas de salud, que conlleva a múltiples fuentes de financiación con destinación específica y la coexistencia de varios tipos de prestadores de servicios de salud. Esto ocasiona que los **sistemas de salud sean altamente fragmentados**. A esto se suma la **autonomía en la contratación de los RHS en el ámbito público subnacional y en el sector privado**. La fragmentación en la contratación de los RHS tiene algunas ventajas, pero existen algunas preocupaciones sobre la coordinación y el efecto de las regulaciones. Si bien la autonomía de contratar trabajadores de la salud en el sector privado puede incrementar la eficacia para mejorar la disponibilidad de los RHS, la fragmentación puede disminuir la efectividad de la regulación y de la gobernanza.

Como la mayoría de los países de América Latina en las últimas décadas, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Ecuador y el Perú implementaron transformaciones de sus sistemas de salud. El intento ha sido aumentar la protección financiera

de la población, avanzando hacia la cobertura y el acceso universal, que a su vez se ha traducido en un crecimiento de la fuerza laboral de salud. Las distintas políticas del fortalecimiento de los RHS en Chile, Ecuador y el Perú han permitido aumentar su disponibilidad. Estimaciones de las *Cuentas Nacionales del Personal de Salud (CNPS)* para Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Ecuador y el Perú muestran un incremento en el número de médicos y personal de enfermería, que se extiende del 5% al 60% y del 20% al 53%, respectivamente.¹

No obstante, en los cinco países la densidad de médicos y personal de enfermería por 10 000 habitantes es menor en todos los casos que el promedio de la Región de las Américas (véase la Tabla 1); y con excepción de Chile y Ecuador, los datos sobre la densidad de médicos y personal de enfermería muestran niveles de densidad por debajo del umbral crítico estimado de 44,5 por 10 000 habitantes considerado necesario para alcanzar un alto nivel de cobertura de los servicios esenciales de salud vinculados a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas (ONU). Aunque dicho umbral crítico no representa un objetivo de planificación para los países, se utilizó como un umbral aproximado de los requisitos mínimos para la disponibilidad de trabajadores de la salud.

¹ Las distintas políticas del fortalecimiento de los RHS han permitido aumentar su disponibilidad en Chile, Ecuador y el Perú. En Chile entre 2013 y 2019, subió un 49% (MS Chile, 2020a); y en el Perú entre 2013 y 2018, un 27% (MS Perú, 2019). En el Estado Plurinacional de Bolivia existía un déficit no cuantificado de RHS antes de la pandemia, sobre todo de profesionales especialistas para hospitales (MS Bolivia, 2020a).

Tabla 1. Densidad de médicos y personal de enfermería por 10 000 habitantes

País	Médicos (1)	Personal de enfermería (2)
Bolivia (Estado Plurinacional de)	10,3 (1.a)	15,6 (2.a)
Chile	25,9 (1.b)	26,8 (2.b)
Colombia	21,8 (1.c)	13,9 (2.c)
Ecuador	23,4 (1.d)	25,1 (2.d)
Perú	15,2 (1.e)	18,1 (2.e)
América Latina y el Caribe (ALC) (33 países)	29,8 (1.f)	42,4 (1.f)
Región de las Américas (35 países)	28,3 (1.f)	82,7 (1.f)

(1) Incluye a médicos generales y especialistas de todos los niveles de atención.

(1.a) Dato a 2017. OMS CNPS Portal de datos.

(1.b) Dato a 2018. OMS CNPS Portal de datos.

Nota: 22,9 en 2016 de acuerdo con MS Chile (2017). Brechas de personal de salud por servicios de salud y especialidad Glosa 01, letra i. Ley de Presupuestos Año 2017.

(1.c) Dato a 2018. OMS CNPS Portal de datos.

Nota: 20,1 en 2017 de acuerdo con MS Colombia/Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) (2017). Indicadores para el seguimiento del talento humano en salud por perfil de formación.

(1.d) Dato a 2018. INEC (2020). Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud - RAS 2018

Nota: 22,2 en 2017 de acuerdo con OMS, CNPS Portal de datos.

(1.e) Dato a 2020. MS Perú (2021). Respuesta actualizada al cuestionario. Ver estudio de caso donde se encuentra información sobre la densidad de médicos y profesionales en enfermería, obstetras y densidad total.

Nota: 8,2 a 2018. OMS CNPS Portal de datos.

(1.f) Estimación a 2018. OMS CNPS.

(2) Incluye a profesionales de enfermería, asociados de enfermería y personal de enfermería sin definir, donde se encuentra disponible.

(2.a) Dato a 2017. OMS (2020a). Situación de la enfermería en el mundo (SOWN). Incluye a profesionales de enfermería, auxiliar de enfermería y personal de enfermería no definido, si hay datos disponibles.

(2.b) Dato a 2018. OMS CNPS Portal de datos.

Nota: 24,4 en 2016 de acuerdo con MS Chile (2017). Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud. Glosa 01, letra i. Ley de Presupuestos Año 2017.

(2.c) Dato a 2018. OMS CNPS Portal de datos.

Nota: 12,6 en 2017 de acuerdo con MS Colombia/Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) (2017). Indicadores para el seguimiento del talento humano en salud por perfil de formación.

(2.d) OMS (2020a). Situación de la enfermería en el mundo (SOWN). Incluye a profesionales de enfermería, auxiliar de enfermería y personal de enfermería no definido, donde hay datos disponibles.

Nota: 24,7 en 2018 de acuerdo con INEC (2020). Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud - RAS 2018.

(2.e) Dato a 2020. MS Perú/Observatorio de Recursos Humanos en Salud (ORHUS) (2021). Información de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales. Ver el estudio de caso donde se encuentra información sobre la densidad de médicos, profesionales en enfermería, obstetras y densidad total. Nota: 24,4 en 2018 de acuerdo con OMS (2020a). Situación de la enfermería en el mundo (SOWN). Incluye a profesionales de enfermería, auxiliar de enfermería y personal de enfermería no definido, si hay datos disponibles.

El principal reto en Chile, Colombia y Perú es la distribución desigual de RHS entre las regiones.

Por ejemplo, en 2017 la capital de Colombia contaba con 128,1 profesionales de la salud por cada 10 000 habitantes; mientras que Chocó, departamento ubicado en el occidente del país, contaba con 20,5 profesionales por cada 10 000 habitantes (MS Colombia/OTHS, 2017). Asimismo, la capital del Perú contaba con 21,6 médicos por cada 10 000 habitantes en 2020; pero Cajamarca, ubica-

da en el norte del país, contaba con 8,1 médicos por cada 10 000 habitantes en el mismo año (MS Perú, 2020a). En Chile, existe además inequidad de distribución entre los subsegmentos de salud público y privado. En el Estado Plurinacional de Bolivia y en Ecuador, las disparidades se observan principalmente a nivel urbano y rural, sobre todo en el primer nivel de atención en el Estado Plurinacional de Bolivia.

3 Método y fuentes de datos



El desarrollo y análisis de los estudios de caso de los países se basan en lo siguiente: la guía provisional desarrollada por la OMS en 2020, titulada *Política y gestión de la fuerza laboral de salud en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19* (OMS, 2020b); el marco estandarizado de medición del impacto (OMS, 2021a); y el marco del mercado laboral de salud (OMS, 2016) que se utilizó como marco de análisis para comprender mejor las diversas políticas y regulaciones que los gobiernos han introducido para administrar su RHS en el contexto de su política de respuesta.

Los criterios de selección para los países fueron:

- ◆ Deben ser Países Miembros del Programa Subregional de la OPS para América del Sur y de la Organización Andina de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU)². Esta categorización es importante ya que los Países Miembros desarrollan en diversos grados políticas comunes, en particular relacionadas con los RHS.
- ◆ Deben ser países que, dentro de esta subregión, expresaran interés en documentar y deben estar dispuestos a revisar y discutir su respuesta a la COVID-19 con respecto a los RHS.

Cada estudio de caso siguió un enfoque mixto de recopilación de información y recopilación de datos: una revisión bibliográfica y documental de los documentos existentes; una revisión de las bases de datos de los sistemas de información de salud (SIS) y del sistema de información de recursos humanos para la salud (SIRHS); y un análisis secundario de los datos. Los datos se recopilaron de varias fuentes:

- ◆ el manual de las Cuentas Nacionales del Personal de Salud (CNPS) (OMS, 2017); la guía de implementación (OMS, 2018) y el portal de datos (OMS, 2021b);
- ◆ los sistemas de información y bases de datos de seguimiento de cada país, para obtener datos sobre infecciones y muertes entre los trabajadores de la salud;
- ◆ una revisión documental de las políticas adoptadas durante la pandemia que incluyó informes de los ministerios de salud y otras entidades del sector Salud, y
- ◆ las respuestas de los ministerios de salud al cuestionario de la guía provisional desarrollada por la OMS (OMS, 2020b) remitido por la OPS/OMS para propósitos de este estudio.

² El Organismo Andino de Salud — Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU) es un organismo de integración subregional, con el objetivo de coordinar y apoyar los esfuerzos que realizan los países miembros, individual o colectivamente, para mejorar la salud de sus pueblos. Los ministros de salud de los Países Miembros de ORAS CONHU son: Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Chile, Ecuador, el Perú y Venezuela (República Bolivariana de).

Es importante señalar que inevitablemente existen algunas limitaciones en los resultados proporcionados, debido a la variabilidad en la disponibilidad de las fuentes de datos entre países.

Los cinco países del estudio establecieron un sistema de información para hacer seguimiento a los casos confirmados y fallecidos por la COVID-19 entre los RHS. La información recolectada en estos sistemas varía en

- ◆ términos de acceso público a la información;
- ◆ frecuencia de publicación; y
- ◆ desagregación de información por grupo ocupacional a nivel subnacional, sexo, edad y fuente de contagio.

Adicionalmente, con el fin de estimar indicadores de infección con respecto al total de los RHS en los cinco países, se utilizó la última información disponible en los países sobre el total de los RHS. Por lo tanto, estas son estimaciones que no tienen el mismo año de base.

Los cinco países desagregaron la información por el total de los RHS infectados y fallecidos, mientras que la desagregación de los casos confirmados por grupo ocupacional se observó en todos los países, excepto en el Estado Plurinacional de Bolivia. Colombia y Ecuador cuentan con una página Web para brindar información de forma continua, actualizada y abierta al público sobre los casos confirmados y fallecidos de COVID-19 entre los trabajadores de la salud por región, grupo ocupa-

cional y edad. Las estimaciones sobre el impacto de la COVID-19 se hicieron a base de datos de 2017 y 2018, respectivamente.

En Chile, se divulga información a través de informes epidemiológicos³ sobre el impacto de la COVID-19 entre los RHS, realizando un análisis de mayor profundidad que incluye una comparación entre los RHS y el resto de población en términos de edad, estado general de salud y comorbilidad, y frecuencia de las pruebas de detección de COVID-19—además de analizar los datos por región y grupo ocupacional, proporcionando también información actualizada sobre la disponibilidad de los RHS. Esto permite tener análisis más robustos. Sin embargo, sería útil tener la información de forma periódica. El Perú cuenta con información detallada, continua y abierta sobre la disponibilidad de los RHS a través del Observatorio de Recursos Humanos en Salud (ORHUS). En cuanto al Estado Plurinacional de Bolivia, es fundamental el paso que se tomó durante la pandemia para contar con información sobre los RHS con la creación de la Unidad de Gestión y Administración de RHS, dado que el país no contaba con un sistema de información integral sobre los RHS, sino que se concentraba en las planillas de pago. Asimismo, hubo la implementación a nivel nacional del sistema COVID SIVE para registrar los casos sospechosos y confirmados de la COVID-19, digitalizando la ficha epidemiológica. Sin embargo, la información todavía no es pública.

3 Dos reportes epidemiológicos : septiembre de 2020 (MS Chile, 2020b) y enero de 2021 (MS Chile, 2021a).

4 Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud



Los efectos en la morbilidad y letalidad de la COVID-19 ha reducido la disponibilidad de los RHS, lo que a su vez afecta la planificación de las estrategias de respuesta para enfrentar la pandemia. Además, las estimaciones mundiales sobre infección y muerte por COVID-19 tienden a sugerir que los mecanismos oficiales de notificación no captan la escala completa del impacto (OMS, 2021c)⁴. **Es crítico tener información adecuada, confiable y oportuna para medir el impacto de la COVID-19 en los RHS y así planear y actualizar la respuesta a la emergencia sanitaria y destinar recursos.** Por lo tanto, es necesario conocer la magnitud en que se reduce la cantidad de trabajadores de la salud y tomar medidas en términos de mantener o aumentar su disponibilidad, asegurar su protección física y mental, y capacitar y dotar para prevenir la infección por el SARS CoV-2.

Entre el 3,27% y el 12,62% de los trabajadores de la salud han sido infectados por el virus, de los cuales entre el 0,20% y el 1,97% ha fallecido en los países considerados en este estudio⁵. **La disponibilidad de los RHS se vio reducida porque los trabajadores de la salud tuvieron que ponerse en aislamiento⁶, se enfermaron o murieron por la COVID-19.** En la Tabla 2 se resume la información sobre el impacto de la COVID-19 entre los RHS que se consolidó en el estudio, siendo diferente la fecha en la que cada país envió sus respuestas o publicó información. Colombia tiene la menor tasa de infección entre los RHS, con 3,27% hasta el 10 de diciembre de 2020⁷. Por otra parte, la más alta es del Ecuador, con 12,62% hasta el 2 de abril de 2021⁸. La tasa de letalidad más baja por COVID-19 entre los RHS la tiene Chile, con 0,20% hasta el 3 de enero de 2021; y la más alta tiene el Estado Plurinacional de Bolivia, con 1,97% hasta abril de 2021. Estos resultados pueden ser afecta-

dos por la periodicidad en la que se hacen pruebas a los trabajadores de la salud, el nivel de contagio comunitario que haya en el país, y la comorbilidad y edad que tengan los RHS. Adicionalmente, hay que tener en cuenta que la escasez inicial del equipo de protección personal (EPP) pudo haber aumentado la infección entre los RHS.

Las decisiones de salud pública en relación con los RHS requieren un sistema de información y vigilancia de los trabajadores de la salud para identificar diferentes enfermedades y riesgos. **En el caso de la COVID-19, este sistema de información estuvo ligado a la regulación e implementación de pruebas a los trabajadores de la salud.** El proceso de implementación de pruebas varió entre países dependiendo de varios factores, entre los cuales se encuentran los aspectos siguientes: financiación de las pruebas; reconocimiento de la COVID-19 como enfermedad laboral; la disponibilidad de insumos para realizar y procesar las pruebas; y la definición de a cuál entidad corresponde garantizar la realización de las pruebas. Por ejemplo, Colombia y Chile introdujeron una regulación para hacer pruebas de detección de COVID-19 entre los RHS cada 15 días y reconocer la COVID-19 como una enfermedad laboral. Por el contrario, en el Estado Plurinacional de Bolivia, no fue posible priorizar las pruebas a los RHS debido al déficit en la naturaleza de los insumos para realizar y procesar las pruebas.

En el Estado Plurinacional de Bolivia, los casos confirmados de COVID-19 entre los RHS como proporción del total disponible fueron un 11,92% hasta abril del 2021, con una tasa de letalidad por COVID-19 de 1,97%. Los casos confirmados por COVID-19 entre los RHS como proporción de casos confirmados en la población total se estiman en 7,53%, con base en la fecha de corte del reporte de

- 4 Si bien el documento de trabajo estima la extensión global probable de muertes entre trabajadores de la salud debido a COVID-19 utilizando métodos analíticos mixtos, este documento sobre estudios de casos de países presenta datos reportados por cada uno de los países en el estudio.
- 5 Estos valores corresponden al período de recolección exhaustiva, análisis y actualizaciones de información, lo cual difiere entre países. En los casos donde esté disponible, se harán notas de actualización, aclarando que no se dispone del mismo nivel de desagregación de la información que lo logrado durante el período de estudio.
- 6 Por ejemplo en Colombia, hasta el 10 de diciembre de 2020, aproximadamente el 0,9% de los casos confirmados entre los RHS estaban aislados, lo que representa el 0,03% del total de los RHS (INS, 2020).
- 7 Para el 28 de abril de 2021, la tasa de infección aumentó a 8,44% (INS, 2021a).
- 8 Sin embargo, es importante señalar que inevitablemente existen algunas limitaciones en los resultados proporcionados debido a la variabilidad en la disponibilidad de las fuentes de datos entre países. Por ejemplo, el último dato de la tasa de infección disponible del Perú correspondió a 22,48% en abril de 2021, que es mayor que la tasa de infección del Ecuador en abril de 2021, a pesar de que sólo corresponde a información sobre el sector público (OPS/OMS, 2021).

casos⁹. A pesar de que dicho valor puede estar subestimado¹⁰ por la falta de seguimiento de los casos de COVID-19 entre los RHS, es la mayor proporción en los cinco países.

La importancia de las decisiones de política en relación a la aplicación de pruebas de detección de COVID-19 se puede observar en el caso de Chile. El 8,22% del total de los RHS fue afectado por la COVID-19 hasta el 3 de enero de 2021, mientras que el 3,6% de la población general fue afectada por esa enfermedad. Esto se contrasta con el hecho de que la cantidad de pruebas realizadas a los RHS es tres veces mayor que para la población general (MS Chile, 2021a), mostrando el énfasis que se ha dado a la prevención y control de infección. La tasa de letalidad por COVID-19 entre los RHS es del 0,2%, muy por debajo del 2,7% encontrado para la población general; una de las posibles explicaciones es un mejor estado de salud de los RHS, asociado a que son más jóvenes en promedio y presentan menos comorbilidades (MS Chile, 2021a). Con respecto a los casos confirmados en la población total, los casos confirmados entre los RHS representaron un 7,39% hasta enero 3 de 2021, es el segundo más alto de los cinco países, solamente por debajo del Estado Plurinacional de Bolivia.

En el caso de Colombia, se puede inferir que a medida que se han establecido los protocolos clínicos, las evaluaciones de riesgos y la disponibilidad de EPP, las tasas de letalidad por COVID-19 han disminuido (bajando de 2,4% en abril de 2020 a 0,47% en abril de 2021); pues a pesar de aumentar en más del doble los casos confirmados entre los RHS en cuatro meses, la tasa de letalidad por COVID-19 fue 0,47%, tanto en diciembre de 2020 con 103 fallecidos como hasta el 28 de abril de 2021 con 267 fallecidos (INS, 2021a). El aumento en la tasa de infección en este país podría estar influenciado por el tercer pico de contagio del país, pasando del 3,27% el 10 de diciembre de 2020 al 8,44% el 28 de abril de 2021 (INS, 2021a). En el caso de Colombia, se tiene información sobre la fuente de transmisión, encontrando que del total de casos de COVID-19

entre los trabajadores de la salud, el 62% desarrolló una infección después de la exposición asociada con la prestación de servicios sanitarios, y el 19% después de la exposición en la comunidad. Asimismo, se observó que la fuente de transmisión varía dependiendo del grupo ocupacional: pues en más del 70% de los médicos, personal de enfermería¹¹ y otros grupos ocupacionales directamente involucrados en el tratamiento de la COVID-19, la fuente de transmisión está asociada con el lugar de trabajo. Por el contrario, los trabajadores de la salud en grupos ocupacionales como psicólogos o químicos farmacéuticos muestran una mayor tasa de contagio comunitario (INS, 2020).

En Ecuador, hasta el 2 de abril de 2021, los casos confirmados entre los trabajadores de la salud como proporción del total de los RHS fue 12,62%, siendo la más alta entre los cinco países; pero cuando se miran los casos confirmados entre los RHS como proporción de la población total, la proporción fue 3,47%, siendo la más baja (véase la Tabla 2). La tasa de letalidad por COVID-19 entre los RHS es 1,01%, siendo cinco veces más alta que en Chile y el doble de Colombia. Con respecto a los casos confirmados del total de la población, los casos confirmados de los trabajadores de la salud representaron el 3,47% hasta el 2 de abril de 2021, únicamente por encima de Colombia por cerca de 2 puntos porcentuales (véase la Tabla 2). Además de la escasez que hubo a nivel mundial, Ecuador tuvo el desafío de garantizar la disponibilidad de EPP, agilizando la normativa de compras públicas y haciendo compras desconcentradas a nivel de centros de atención sanitaria (MS Ecuador, 2020a).

En el Perú, los casos confirmados entre los trabajadores de la salud en el sector público fueron 24 922 en agosto de 2020, que representaron el 9,8% de los RHS del sector público en el mismo mes. En abril de 2021 el país reportó 57 901 casos confirmados entre los RHS del sector público (OPS/OMS, 2021); es decir, esta proporción aumenta al 22,48%, tomando como base el último dato disponible de los RHS del sector público hasta diciembre de

9 Calculado a partir de los casos confirmados totales al 13 de abril de 2021 que corresponde a 284.183 (MS Bolivia, 2021a). Se tiene en cuenta que se desconoce la fecha de reporte del país a la OPS/OMS, por lo cual se usa la fecha de corte de la actualización epidemiológica (OPS/OMS, 2021).

10 Este caso se daría si el número de casos confirmados fuera de una fecha anterior al 13 de abril de 2021, en cuyo caso el reporte de COVID-19 sería inferior.

11 Incluye los profesionales y auxiliares de enfermería y los demás grupos ocupacionales relacionados.

2020. La tasa de letalidad por COVID-19 fue 1,22% hasta agosto de 2020, con 305 fallecidos. Para abril de 2021, se reportaron 1001 fallecidos, los cuales correspondieron a 1,73% de los casos confirmados entre los RHS (OPS/OMS, 2021). Hasta

agosto de 2020, el 3,79% de los casos confirmados de COVID-19 en la población total correspondió a trabajadores de la salud; pero hasta abril de 2021, había bajado levemente a 3,47% (OPS/OMS, 2021).

Tabla 2. Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud

	Bolivia (Estado Plurinacional de)	Chile (2)	Colombia	Ecuador (4)	Perú (5)
Fecha del dato (6)	13 de abril de 2021 (1.a)	3 de enero de 2021	10 de diciembre de 2020 (3.a)	2 de abril de 2021	31 de agosto de 2020 (5.a)
Casos confirmados en los RHS	21 410 (1.a)	52 241	21 832 (3.a)	11 507	24 922 (5.a)
Total RHS	179 667 (1.b)	635 609	666 727 (3.b)	91 205 (4.a)	249 459 (5.b)
Tasa de infección de los RHS (7)	11,92%	8,22%	3,27%	1,62%	9,84%
Fallecidos en los RHS	421 (1.a)	102	103 (3.a)	116	305 (5.a)
Tasa de letalidad por COVID-19 de los RHS (8)	1,97%	0,20%	0,47%	1,01%	1,22%
Casos confirmados totales de la población	284 183 (1.c)	706 921	1 392 133 (3.c)	332 038	657 129 (5.c)
Porcentaje (%) de casos en los RHS en relación a los casos totales de la población (9)	7,53%	7,39%	1,57%	3,47%	3,79%

(1.a) OPS/OMS (2021). Actualización epidemiológica sobre COVID-19. Se desconoce la fecha de reporte del país; por lo tanto, se usa la fecha de corte de informe.

(1.b) MS Bolivia (2021b). Plan de vacunación contra COVID-19.

(1.c) MS Bolivia (2021a). Reporte de contagios COVID-19 en Bolivia No.394

(2) MS Chile (2021b). Informe epidemiológico: Características del personal de salud confirmados y probables de COVID-19: Chile; Semanas epidemiológicas 10 a la 53, año 2020 El total de RHS corresponde a 30 de noviembre de 2020.

(3.a) INS (2020). COVID-19 en personal de salud en Colombia.

(3.b) MS Colombia/Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) (2017). Dato a 2017.

(3.c) INS (2021b). COVID-19 en Colombia: Reporte 30-04-2021. Noticias coronavirus

(4) MS Ecuador (2021a). Comportamiento de la COVID-19 en Ecuador.

(4.a) INEC (2020). Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud - RAS 2018

(5) La información sobre casos confirmados y fallecidos en los RHS y el total de RHS corresponde únicamente al sector público.

(5.a) MS Perú (2020a). Respuesta al cuestionario OPS/OMS.

(5.b) MS Perú/Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud (ORHUS) (2020). Información de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales.

(5.c) MS Perú (2020b). Sala Situacional COVID-19 en el Perú.

(6) Fecha en que cada país envió sus respuestas o publicó información.

(7) Tasa de infección de los RHS = Casos confirmados entre los RHS / Total de RHS.

(8) Tasa de letalidad por COVID-19 entre los RHS = Fallecidos entre los RHS / Casos confirmados entre los RHS

(9) Porcentaje de casos entre los RHS sobre casos totales = Casos confirmados entre los RHS / Casos confirmados en la población total

Analizar cómo varían los casos confirmados entre los diferentes grupos ocupacionales de los trabajadores de la salud es importante para el desarrollo de guías de prevención y control de infección, para

la identificación de los trabajadores de la salud a mayor riesgo de contagio durante una emergencia sanitaria y la estimación del déficit de los RHS por contagio.

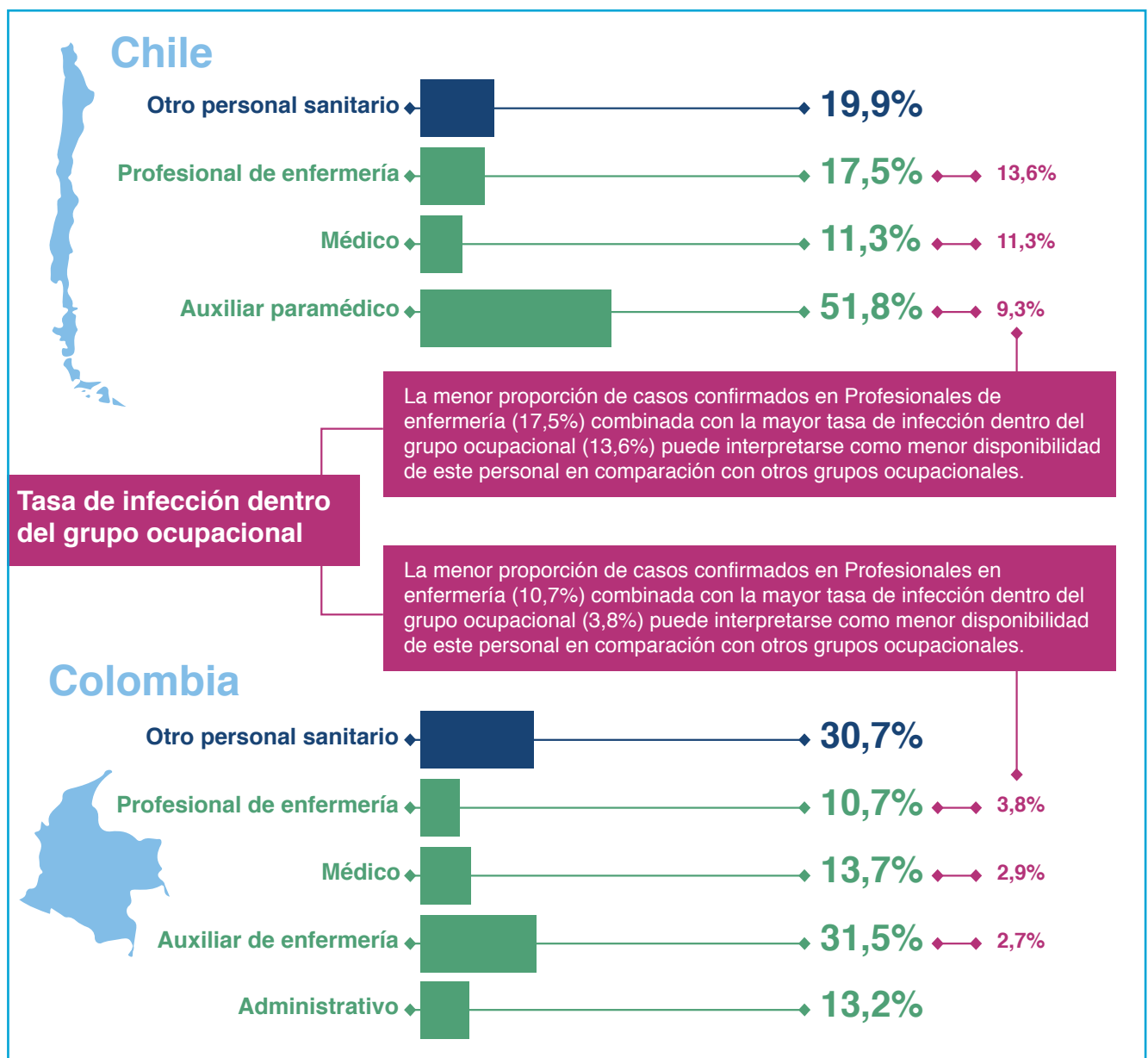
Los grupos ocupacionales en que se concentraron el mayor número de casos¹² de COVID-19 en Colombia, Ecuador y el Perú fueron los médicos y personal en enfermería¹³:

Chile: El 79,1% del total de casos confirmados de COVID-19 entre los RHS se concentra en tres grupos ocupacionales: auxiliar paramédico¹⁴ (50,8%),

profesional de enfermería (17,5%), y médico (11,3%) (MS Chile, 2021a). [Cuadro No. 1.](#)

Colombia: Alrededor del 69,3% del total de casos confirmados de COVID-19 entre los RHS se concentra en cuatro grupos ocupacionales: auxiliar de enfermería (31,5%), médico (13,74%), administrativo (13,2%) y profesional de enfermería (10,9%) (INS, 2020). [Cuadro No. 1.](#)

Cuadro No. 1. Comparación de la distribución de casos confirmados por grupo ocupacional y tasa de infección por grupo ocupacional



12 El Estado Plurinacional de Bolivia no tiene información a nivel del grupo ocupacional.

13 Incluye los profesionales y auxiliares de enfermería y demás grupos ocupacionales relacionados.

14 Corresponden a auxiliar paramédico de odontología, farmacia, alimentación, enfermería, radiología e imagenología, laboratorio clínico y servicios de sangre, esterilización, y anatomía patológica (MS Chile, 2015).

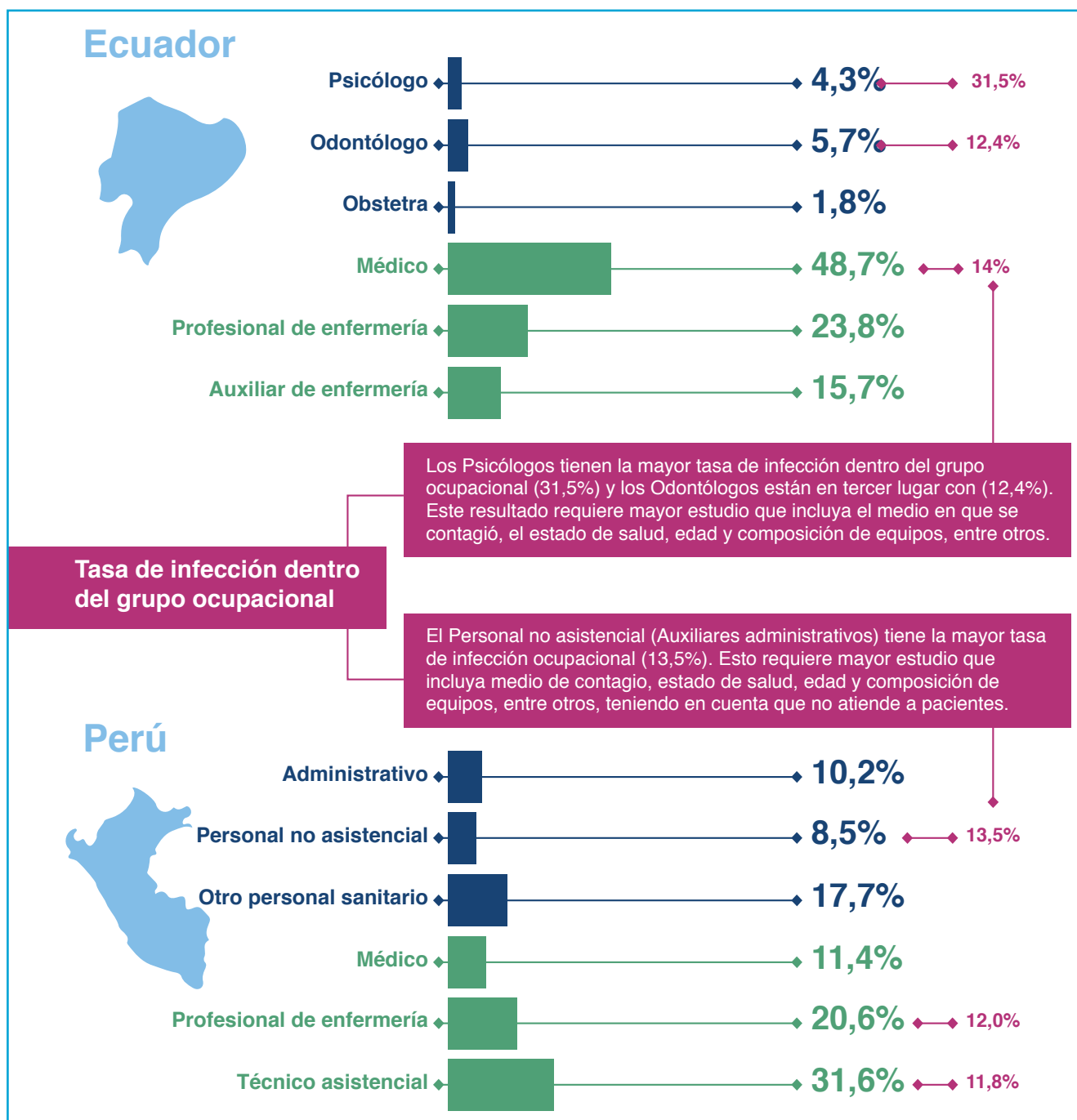
Ecuador: El 88,5% de los casos confirmados de COVID-19 se concentra en tres grupos ocupacionales, los cuales corresponden a médico (48,7%), profesional de enfermería (23,8%) y auxiliar de enfermería (15,7%) (MS Ecuador, 2021a). [Cuadro No. 2.](#)

en tres grupos ocupacionales: técnico asistencial (31,6%), profesional de enfermería (20,6%) y médico (11,4%) (MS Perú, 2020a). [Cuadro No. 2.](#)

Perú: Entre los trabajadores de la salud, el 63,6% de los casos confirmados de COVID-19 se concentra

Usar la distribución de casos confirmados por grupo ocupacional y la tasa de infección dentro del grupo ocupacional¹⁵ puede ser útil para identificar una menor disponibilidad de traba-

Cuadro No. 2. Comparación de la distribución de casos confirmados por grupo ocupacional y tasa de infección por grupo ocupacional



¹⁵ Es la relación entre el número de casos confirmados por grupo ocupacional sobre el total de RHS disponibles en dicho grupo ocupacional.

jadores de ese grupo ocupacional. Por ejemplo, en el caso de la enfermería en Colombia, el 11% de los casos confirmados del total de RHS son profesionales de enfermería; y en Chile, son el 17,5%. Sin embargo, cuando se observa el porcentaje de casos entre profesionales de enfermería como proporción del total disponible de este grupo ocupacional, se observa que pasa a ser el primer grupo más afectado en Colombia (3,8%) y en Chile (13,6%), lo cual puede ser interpretado como una menor disponibilidad de profesionales de enfermería en comparación con otros grupos ocupacionales; es decir, médico o auxiliar de enfermería en el caso de Colombia, y auxiliar paramédico en el caso de Chile. (INS, 2020; MS Chile, 2021a)

En el caso del Ecuador, los psicólogos tienen la mayor tasa de infección dentro del grupo ocupacional, con un 31,5%, seguido de médicos con 14%, y odontólogos en tercer lugar con 12,4% (MS Ecuador, 2021a; INEC, 2020). De forma similar, en el Perú, el personal no asistencial tiene la mayor tasa de infección ocupacional (13,51%) (MS Perú, 2020a; MS Perú /ORHUS; 2020). Teniendo en cuenta que dentro de las labores de los psicólogos, odontólogos y personal asistencial no atienden a pacientes, este resultado requiere mayor estudio que incluya el medio en el cual se contagió, el estado de salud, la edad y la composición de equipos, entre otros. No se tiene información a este nivel de detalle para el Estado Plurinacional de Bolivia, pues no lleva seguimiento público y centralizado para los casos confirmados entre los RHS.

La estabilidad laboral de los RHS también ha sido un factor que ha afectado su disponibilidad.

En Ecuador (Ortega, 2020) y en el Estado Plurinacional de Bolivia (Molina, 2020), se observó resistencia de parte de los RHS para atender casos de COVID-19 por temor a contagiarse y por las condiciones del contrato laboral, que derivaron en renuncias. En el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, había contratos cuya duración era de tres meses (con posibilidad de renovación), lo cual no generaba incentivos para permanecer prestando servicios a pesar de poner en riesgo su salud (Molina, 2020). Por supuesto, lo anterior se sumó a la falta de EPP, lo que aumentaba el temor de contagiarse.

Asimismo, la falta de EPP, las condiciones de trabajo precarias, la inestabilidad laboral y la falta de pago de la remuneración fueron motivos de movilizaciones de los RHS en todos los países. Otra razón que generó que los RHS se movilizaran en contra del gobierno nacional en Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y Ecuador fue la legislación que se promulgó con el fin de hacer frente a la pandemia de la COVID-19.

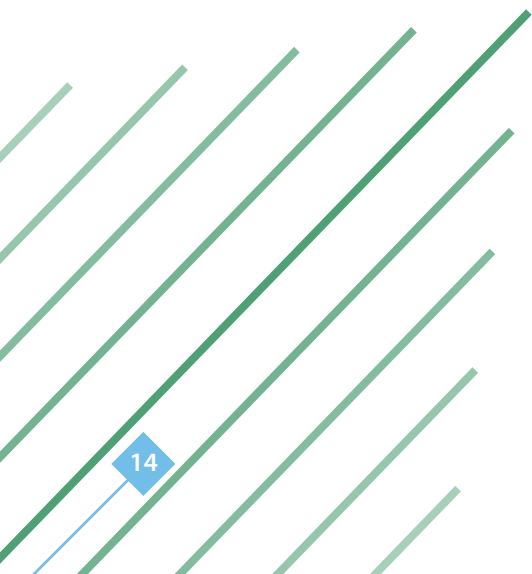
En el Estado Plurinacional de Bolivia, hubo movilizaciones para el rechazo de tres pautas establecidos en la Ley de Emergencia Sanitaria con respecto a: prohibir la "interrupción de los servicios de salud" a causa de huelgas, protestas o manifestaciones del sector médico; abrir la posibilidad de contratar a médicos que hubieran terminado sus estudios fuera del país; y asumir por parte del gobierno central competencias de entes locales en caso de que éstos se vieran rebasados por la emergencia.

En Colombia, el Decreto Legislativo 538 del 12 de abril de 2020 (PdR Colombia, 2020) hizo un llamado obligatorio a todo el personal de salud, dando lugar a movilizaciones por parte de los trabajadores de la salud argumentando que el decreto no abordó la disponibilidad adecuada de EPP.

En Ecuador, la reglamentación del Artículo 25 de la Ley de Apoyo Humanitario¹⁶ ha provocado que los trabajadores de la salud anuncien movilizaciones, puesto que a pesar de que esta ley establece el mecanismo para el nombramiento definitivo a todos los trabajadores de la salud que laboraron durante la emergencia sanitaria derivada por la COVID-19, su aplicación establece que los nombramientos se darán paulatinamente dependiendo de la justificación de la necesidad y disponibilidad presupuestaria.

En los cinco países, los RHS han tenido que enfrentar agresión verbal, discriminación, violencia física y amenazas de muerte saliendo del trabajo y en las zonas aledañas a sus viviendas, debido a que se consideraban una fuente de transmisión de la COVID-19 y, por lo tanto, un riesgo para la comunidad (Valdés et al. 2020).

¹⁶ Específicamente los Artículos 10 y 40 del Decreto Ejecutivo 1165 de 2020 (PdR Ecuador, 2020).



5 Respuesta de política



Los cinco países tuvieron que afrontar la emergencia sanitaria COVID-19 con escasez de recursos humanos para la salud en grupos ocupacionales clave o con desequilibrios regionales dentro del país. A esto se le sumó que un número importante de trabajadores de la salud tuvieron que ponerse en aislamiento, se enfermaron o murieron por COVID-19, o sufrieron efectos sobre su salud mental, trabajando en condiciones laborales precarias que afectaron de manera negativa la disponibilidad de recursos humanos para la salud.

Entre marzo y diciembre de 2020, los cinco países aplicaron varias medidas para mantener o aumentar la disponibilidad de los RHS para hacer frente a la emergencia sanitaria y reducir el riesgo de infección en los trabajadores de la salud, además de prevenir y mitigar los trastornos de salud mental. Las políticas actuales para los RHS tienen como objetivo facilitar la contratación y el despliegue de personal adicional y la redistribución del personal existente incluyen: crear vías de contratación más rápidas o permitir la contratación de profesionales independientes, que a menudo se basan en la legislación de emergencia; y reorganizar turnos, introducir cambios de tareas (delegación de roles o sustitución de roles) y reasignar personal dentro de las instalaciones o entre regiones.

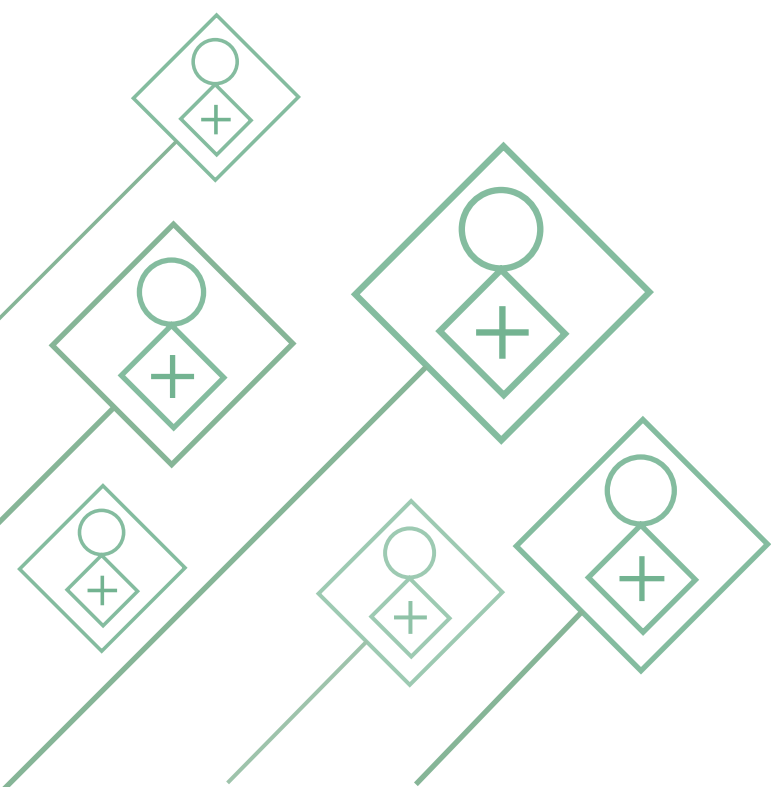
5.1 Estrategia general implementada

Desde enero de 2020, los cinco países estudiados implementaron medidas y protocolos dirigidos a reforzar la vigilancia sanitaria, el tamizaje y el control de fronteras. Una vez que se caracterizó la COVID-19 como una pandemia y se presentaron casos importados, cada país declaró la emergencia sanitaria por la COVID-19, generando el marco legal que permitió tomar medidas excepcionales para preparar la respuesta del sistema de salud.

Se considera importante examinar el foco principal de la estrategia desplegada por cada país para enfrentar la pandemia por COVID-19, ya que tiene consecuencias diferentes en la focalización de los recursos y sobre los resultados al enfrentar la pandemia. Sin perjuicio de los cambios de énfasis que ocurrieron en el desarrollo de la pandemia, la literatura internacional ha documentado que los países implementaron dos tipos de estrategia de priorización temprana de:

1. Pruebas, trazabilidad y aislamiento de las personas contagiadas y sus contactos estrechos, lo que implicó una movilización importante (y un eventual reforzamiento) no sólo de los equipos de vigilancia epidemiológica y los laboratorios, sino también del primer nivel de atención en salud.
2. Aumento de la capacidad de respuesta del sistema de salud a las personas que se enfermaron por COVID-19, lo que se tradujo en una asignación inicial de los recursos adicionales y reorganización de la atención de salud que se orientaban principalmente al incremento de las camas críticas y los equipos de salud correspondientes.

Los cinco países priorizaron la segunda estrategia, poniendo el foco principal en el aumento de la capacidad de respuesta del sistema de salud para atender a las personas que se enfermaron por COVID-19, a través de la capacidad hospitalaria: incremento de camas en unidades de cuidados intensivos (UCI), intermedios y hospitalización, con los RHS correspondientes. Sin perjuicio de lo anterior, también se realizaron acciones de vigilancia epidemiológica, tamizaje, control de fronteras e incremento de la capacidad de los laboratorios.



Además, en el Estado Plurinacional de Bolivia se incluyó el fortalecimiento de todo el sistema de salud a nivel nacional, de manera que también se destinaron recursos para el primer nivel de atención, lo que correspondió al 50% de los RHS contratados (MS Bolivia, 2020a). La OPS/OMS apoyó al Ministerio de Salud y Deportes en la definición de los grupos y niveles a ser fortalecidos, así como la brecha a ser cubierta en base a la proyección de necesidades.

De cara a la segunda ola, aproximadamente cuatro a cinco meses después del inicio de la pandemia, hubo un cambio de énfasis, priorizando el primer tipo de estrategia al fortalecer tareas de pruebas, trazabilidad y aislamiento en la población, a través de la implicación de la atención primaria en salud coordinada con los trabajadores de la salud involucrados anteriormente. En el Estado Plurinacional de Bolivia, se creó la *Estrategia de Vigilancia Comunitaria Activa* (MS Bolivia, 2020b), asignando mayor apoyo y desarrollo al primer nivel de atención. En Chile se estableció en junio de 2020 la Estrategia nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (MS Chile, 2020c). En el Perú, en septiembre de 2020 se instalaron 17 centros rápidos de atención temporal (CRAT) para el descarte oportuno y atención de casos por COVID-19 (MS Perú, 2020c).

5.2 Mejorando la disponibilidad de los recursos humanos para la salud

5.2.1 Identificando la necesidad de los recursos humanos para la salud para atender la COVID-19

Priorizar el aumento de la capacidad de respuesta del sistema de salud requiere la identificación de recursos adicionales, entre otros, del personal de salud. En el caso de los cinco países, **la necesidad de los RHS para atender la COVID-19 fue calculada en términos de la capacidad de respuesta planificada**, considerando las camas hospitalarias y las unidades de cuidados intermedios e intensivos adicionales para atender un número de casos proyectados. En algunos países, tomaron en cuenta la

reducción en la disponibilidad de los trabajadores de la salud por efectos de su contagio y fallecimiento. Para estas estimaciones, la mayoría de los países utilizaron modelos desarrollados por el Ministerio de Salud. En el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, la OPS/OMS apoyó al Ministerio de Salud en la definición de los grupos ocupacionales a ser fortalecidos para responder a la COVID-19, así como en la estimación de la necesidad de los RHS. En el caso de Chile, el modelo se ha utilizado para negociar el presupuesto con el Ministerio de Hacienda.

Conjuntamente en los cinco países se proyectó un déficit de 34 261 trabajadores de la salud adicionales.¹⁷ En Ecuador, se calculó el menor valor con 2850 profesionales de la salud (3,12% del total de RHS) (MS Ecuador, 2020a); y en Chile, el mayor, con 17 439 profesionales de la salud (2,74% de los RHS hasta el 30 de noviembre de 2020) (MS Chile, 2020d). Con respecto al total de los RHS, en Colombia se estimó la menor necesidad adicional por valor de 0,54% del total de los RHS (3608 profesionales de la salud) (MS Colombia, 2020a); y en el Estado Plurinacional de Bolivia, esto correspondió al mayor, siendo 4,17% del total de los RHS (7484 profesionales de la salud) (MS Bolivia, 2020a). En el caso del Perú, se estimó una necesidad inicial por tres meses de 2880 profesionales de la salud, lo cual representaron el 1,34% de los RHS del sector público hasta marzo de 2020 (MS Perú, 2020d). **Con excepción de Colombia, la estimación de la necesidad se hizo para el sector público del sistema de salud.**

En el Perú y en el Estado Plurinacional de Bolivia, se preparó una respuesta inicial para atender casos sospechosos, probables y confirmados de COVID-19 a través de los establecimientos públicos, por un periodo inicial de tres meses. En el Estado Plurinacional de Bolivia, se calculó un requerimiento de 7628 personas de los RHS adicionales para atender a 39 000 casos (MS Bolivia, 2020a). Es importante anotar que los casos de COVID-19 sobrepasaron ampliamente las proyecciones sobre el requerimiento de los RHS para atender a la COVID-19. En esta respuesta inicial del Perú, se calculó

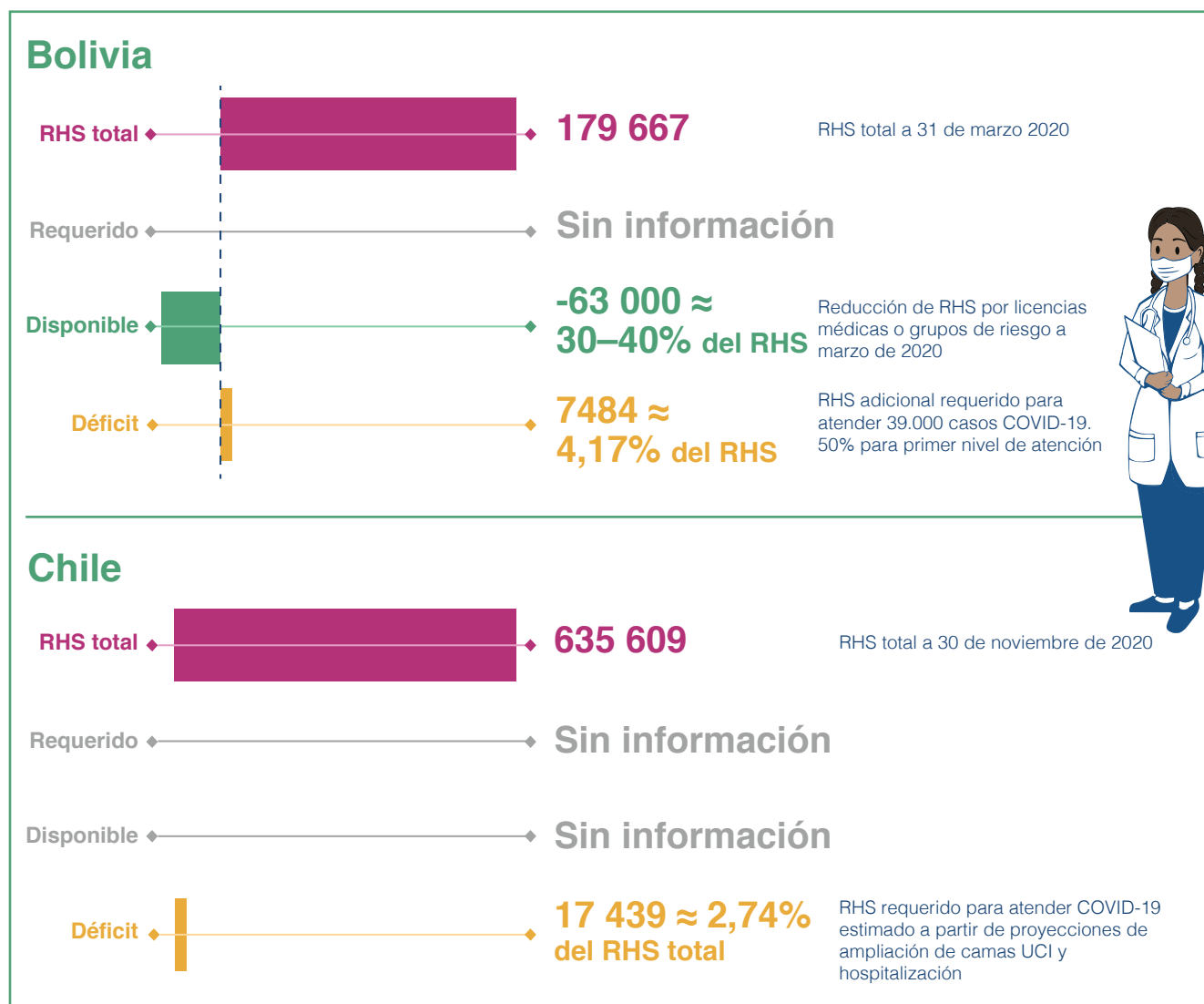
¹⁷ Este valor corresponde a la suma de los valores calculados de déficit de RHS para los cinco países.

un requerimiento de 2610 profesionales de la salud y 270 no asistenciales (MS Perú, 2020d)¹⁸.

En Colombia y Chile se diseñó una estrategia general con el fin de enfrentar la COVID-19, cuyos elementos fueron usados para estimar la necesidad de RHS para atender a la pandemia. En particular, el sector público de Chile estimaba de manera periódica el déficit de RHS. El modelo y las estimaciones realizadas constituyeron la base para calcular en 17 439 la cantidad necesaria para dotar y reforzar a los RHS (MS Chile, 2020d). Asimismo, servían de apoyo para poder contar con los recursos adicionales y el marco legal requerido para la implementación de las estrategias asistenciales definidas en el plan

de acción para atender la COVID-19. Aunque la respuesta en Chile involucraba tanto al sector público como al privado, las necesidades de RHS fueron proyectadas en términos de los trabajadores de la salud requeridos por el sector público. Colombia, por su parte, estimó la disponibilidad y el requerimiento de los RHS. La disponibilidad de personal sanitaria priorizado se estimó en 435 547, entre terapeutas, médicos y enfermeros¹⁹ que podrían atender a la COVID-19. A través del *Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud durante las Etapas de Contención y Mitigación de la COVID-19*, que incluye cuatro fases según la evolución de la pandemia, se estimó para cada fase el requerimiento de los trabajadores de la salud así como el

Cuadro No. 3. Planificación de Recursos Humanos para la respuesta política



¹⁸ Ya en diciembre de 2020 se habían contratado 44.207 profesionales de la salud en el sector público. MS Perú/ORHUS (2020)

¹⁹ Incluye los profesionales y auxiliares de enfermería y demás grupos ocupacionales relacionados.

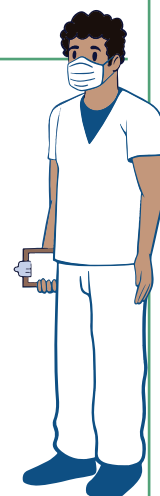
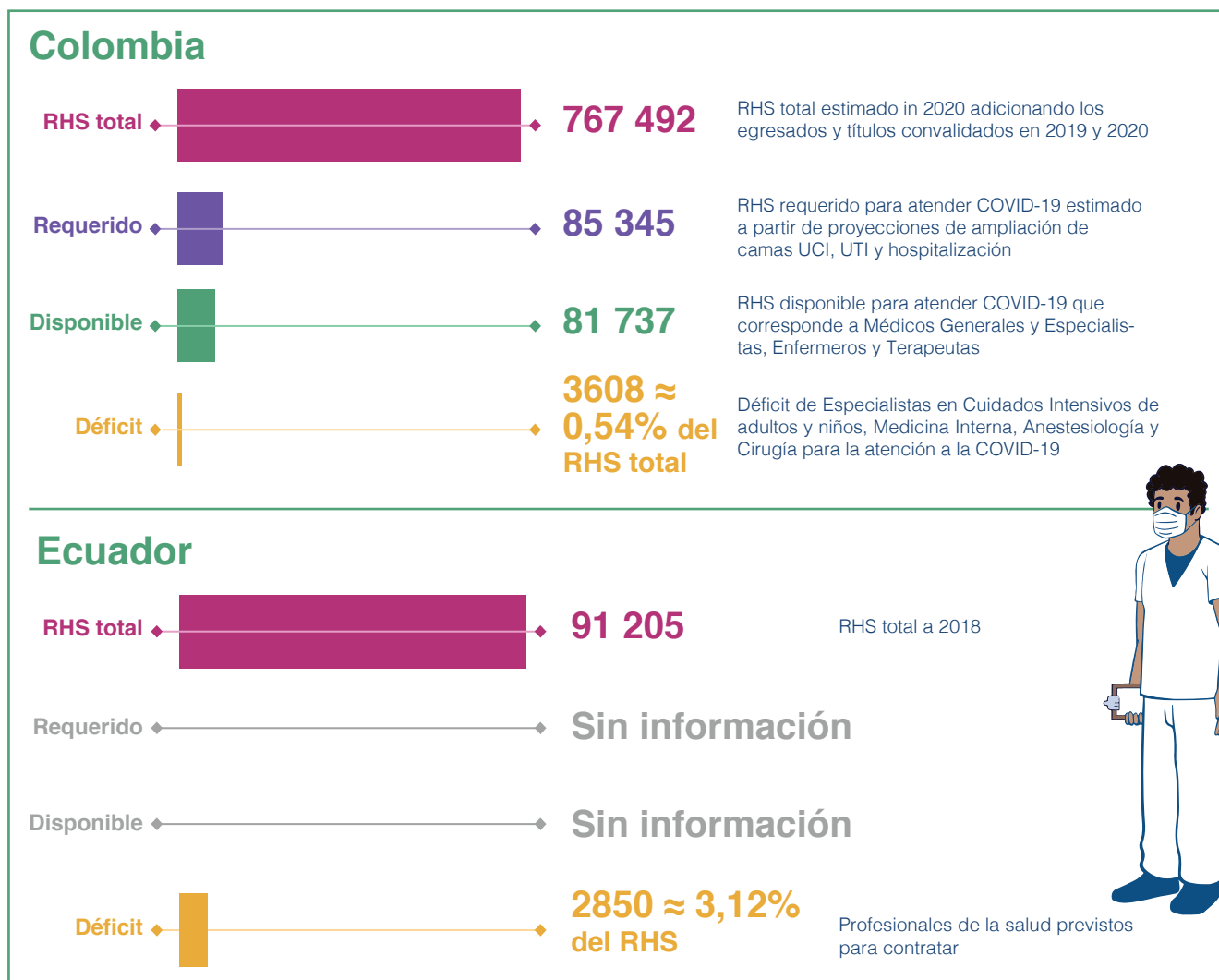
déficit por grupo ocupacional. De esta manera, se identificó para la fase IV un requerimiento de 85 345 profesionales de la salud y un déficit de 3608 médicos especialistas (cuidados intensivos de adultos y pediátricos, medicina interna, anestesiología y cirugía general) (MS Colombia, 2020a).

El MS del Ecuador estimó los requerimientos de RHS utilizando el modelo de atención de salud por cantidad de pacientes atendidos, por medio del cual se previó contratar a 2850 nuevos profesionales de la salud. Para esto, puso en marcha un proceso de optimización de los RHS dentro de las instituciones, que consistía en reducir el personal administrativo para aumentar el personal asistencial. (MS Ecuador, 2020b)

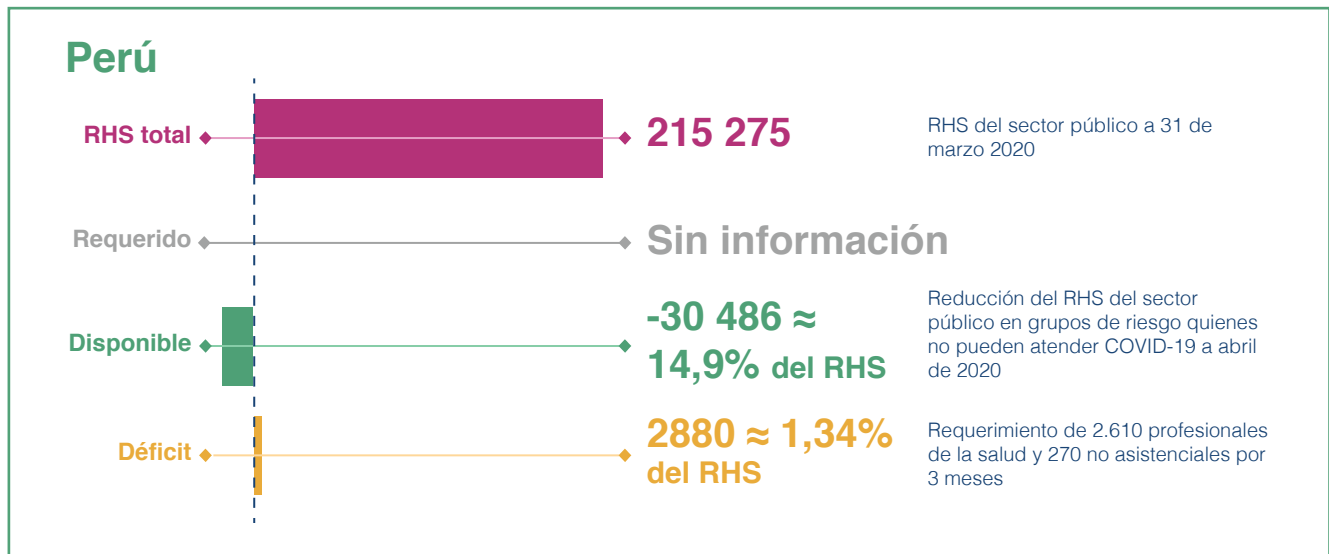
Las proyecciones de la necesidad de los RHS para atender la COVID-19 realizadas en Chile y Colom-

bia tuvieron en cuenta que la disponibilidad del personal sería afectada de manera negativa por el aumento de la infección entre los RHS y por la existencia de grupos de mayor riesgo: mujeres embarazadas, adultos mayores, personas con comorbilidades y cuidadores de niños pequeños. La existencia de estos grupos de riesgo no se tomó en cuenta en Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador y el Perú en las estimaciones realizadas. En el Estado Plurinacional de Bolivia, los grupos de riesgo redujeron la disponibilidad de los RHS por 30% a 40%, de manera que las nuevas contrataciones, estimadas en un 32%, no alcanzaron a cubrir el incremento del déficit por licencias otorgadas a los grupos de riesgo (MS Bolivia, 2020a). En el Perú, la reducción fue de 14,9% (MS Perú, 2020a). En Ecuador, se observó un aumento del déficit de RHS, pero no fue cuantificado (MS Ecuador, 2020a).

Cuadro No. 4. Planificación de Recursos Humanos para la respuesta política



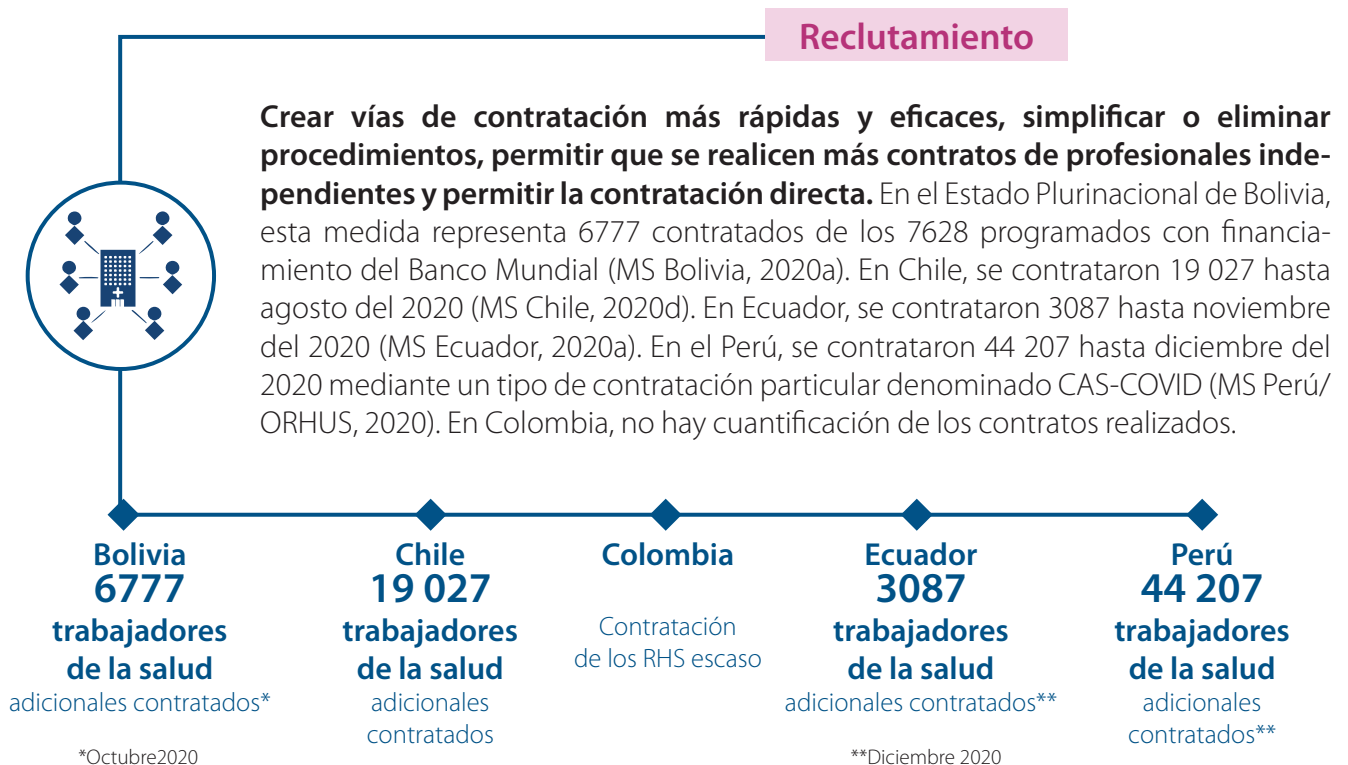
Cuadro No. 5. Planificación de Recursos Humanos para la respuesta política



5.2.2 Medidas para mantener o aumentar a los recursos humanos para la salud

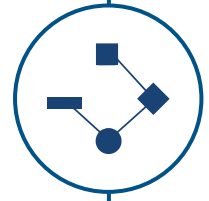
Es importante conocer y documentar las estrategias que adoptaron los países para suplir la necesidad de trabajadores de la salud, así como si estas medidas requirieron modificaciones normativas para contribuir al desarrollo de nuevas

políticas de personal de salud que contribuyeran a fortalecer los sistemas de salud. En este sentido, se identificó que los **cinco países han establecido reglamentaciones que tienen como objetivo facilitar la contratación y el despliegue de personal adicional y la redistribución del personal existente**. A continuación se resume las medidas implementadas:



Reasignación

Asignar temporalmente a RHS en los cinco países a la atención exclusiva de casos de COVID-19. Esta estrategia fue muy representativa en Colombia (con 78 300, equivalentes al 10,2% del total de RHS) (MS Colombia, 2020b), Ecuador (con 10 000 hasta noviembre de 2020) (MS Ecuador, 2020a) y el Perú (con 80 202 hasta agosto de 2020) (MS Perú, 2020a). En el Estado Plurinacional de Bolivia, se reasignaron 3600 trabajadores de la salud (MS Bolivia, 2020a); y en Chile, no fue cuantificado. Esto implicó la interrupción total o parcial de servicios y atenciones esenciales no COVID, tales como intervenciones quirúrgicas programadas que se podían postergar y controles de pacientes crónicos.



*Octubre 2020

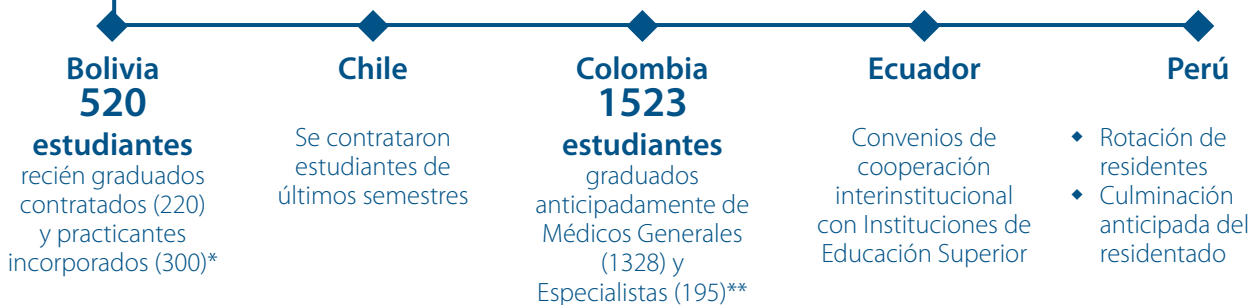
**Respecto a 2019

***Agosto 2020

****Diciembre 2020

Estudiantes

Emplear a los profesionales recién graduados o estudiantes próximos a graduarse. En el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, se facilitó la contratación de recién egresados (220) y se incorporó estudiantes en práctica (300) (MS Bolivia, 2020a). En Chile, se contrataron estudiantes de los últimos semestres (MS Chile, 2020d). En Colombia, se graduó anticipadamente a estudiantes del área de la salud (1523) (MS Colombia, 2020c). En el Perú, se terminó anticipadamente el residenciado médico en especialidades clave (5048 hasta agosto de 2020) y se eliminó temporalmente los trámites de titulación a los egresados de áreas de la salud para proceder a su contratación (MS Perú, 2020a).



*Octubre 2020

**Agosto 2020

Turnos de trabajo

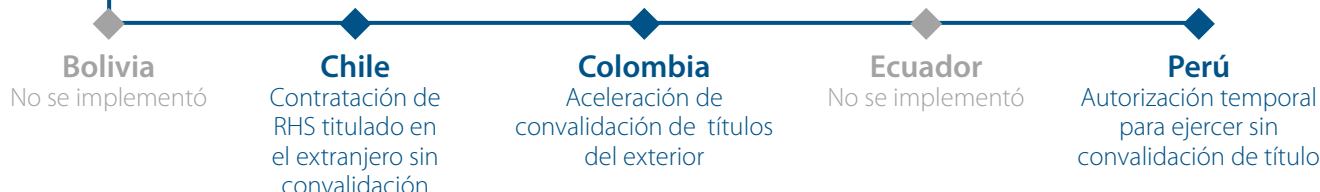
Ampliar o modificar los turnos de trabajo, con su correspondiente aumento en la remuneración en los casos de Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Ecuador y el Perú. Solamente hay cuantificación para este último, que corresponde a 11 662 profesionales de la salud hasta agosto de 2020 (MS Perú, 2020a).



Estudios en el exterior

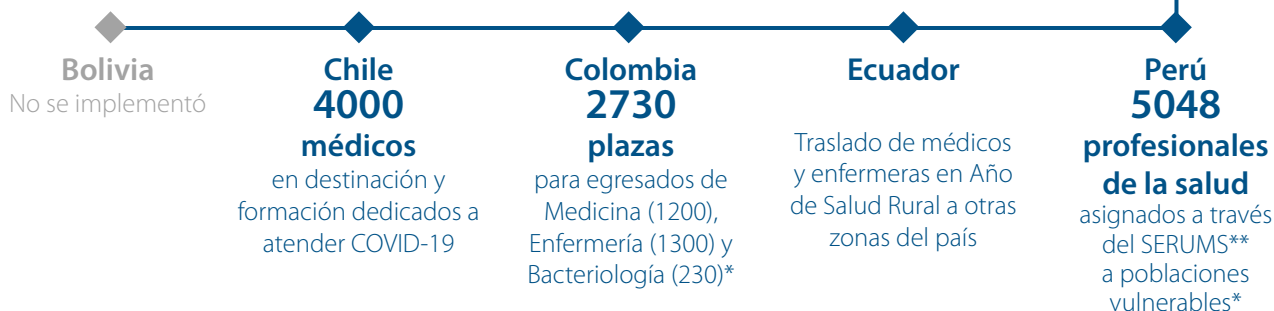


Facilitar que aquellos profesionales de la salud que hicieron sus estudios en el exterior pudieran ejercer sus funciones, ya sea acelerando la convalidación, como en el caso de Colombia (MS Colombia, 2020b), o sin la convalidación como sucedió en Chile (MS Chile, 2020d) y en el Perú (MS Perú, 2020a).



Servicio Social Obligatorio

Ampliar el acceso a los mecanismos de servicio que son requisitos para la graduación. En el caso de Chile, se suspendió la asistencia académica para priorizar la atención de los médicos y odontólogos en el ciclo de destinación y formación (4000) (MS Chile, 2020d). En Colombia, se aumentaron las plazas disponibles en el Servicio Social Obligatorio (2730) (MS Colombia, 2020d). En el Perú, se facilitó el acceso al Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS), incluso a quienes estudiaron en el exterior (MS Perú, 2020a).



*Agosto 2020

**Servicio rural y urbano marginal en salud

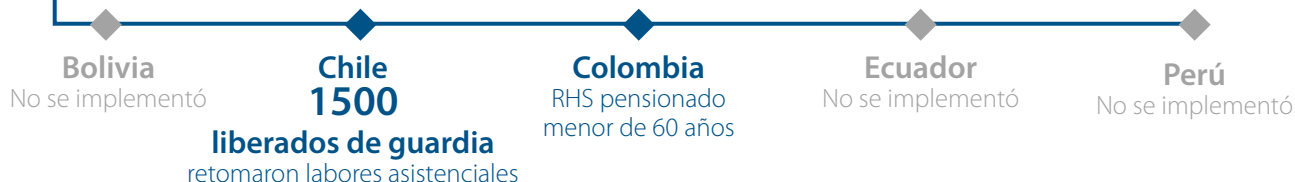
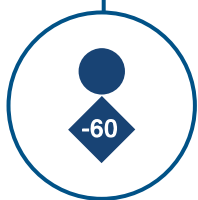
Cooperación Internacional

Se contó con equipos de profesionales de la salud por medio de la cooperación internacional. En Colombia, de las Naciones Unidas, con la Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR), que puso a disposición 45 profesionales de la salud en 16 departamentos del país; y por medio de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), se logró la contratación de 105 profesionales de la salud por seis meses (MS Colombia, 2020b). El Perú recibió apoyo del Ministerio de Salud de Cuba con 85 profesionales de la salud, y de Médicos Sin Fronteras con 7 profesionales de la salud especialistas (MS Perú, 2020a).



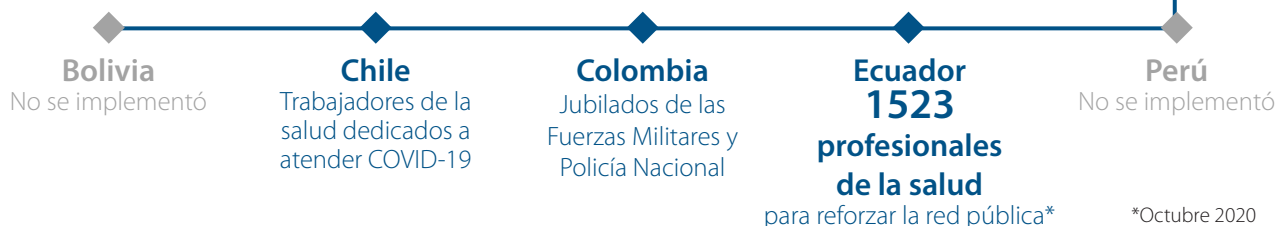
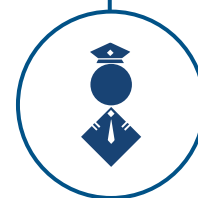
Jubilados

Permitir que los profesionales de la salud jubilados puedan volver a ejercer sus funciones. En Colombia, fueron los pensionados menores de 60 años (MS Colombia, 2020b). En Chile, incluyó tanto a los ex funcionarios que se hayan acogido a la bonificación de retiro voluntario, sin que apliquen las prohibiciones y condiciones establecidas por ley como a los profesionales liberados de guardia, de volver a ejercer funciones asistenciales, incluyendo turnos, por un total de hasta 22 horas semanales (MS Chile, 2020e), que correspondieron a 1500 profesionales de la salud (MS Chile, 2020f).



Fuerzas militares

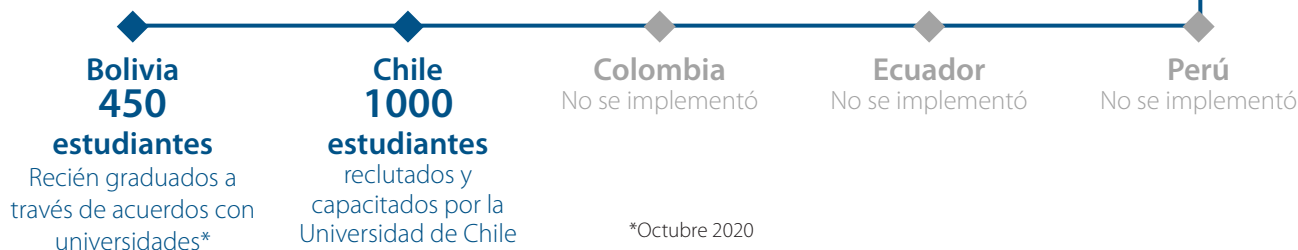
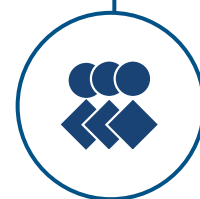
Recibir apoyo de los profesionales de la salud que se encuentran vinculados en las fuerzas armadas, en el caso de Colombia, específicamente de aquellos que estaban jubilados (MS Colombia, 2020b); y en Chile²⁰ y Ecuador, de personal que aún estaba en ejercicio (con 1523 hasta noviembre de 2020) (MS Ecuador, 2020a).



20 Según información brindada por el delegado del MS Chile en reunión celebrada el 24 de agosto de 2021

Voluntariado

Implementar el voluntariado de recién egresados y estudiantes de áreas de la salud a través de acuerdos con las universidades, como se hizo en el Estado Plurinacional de Bolivia con 450 recién egresados (MS Bolivia, 2020a) y en Chile con 1000 estudiantes (MS Chile, 2020d).



Suscribir convenios de cooperación interinstitucional con Instituciones de Educación Superior (IES) como en Ecuador, para que médicos postgradistas²¹ prestaran sus servicios como parte de su formación en los hospitales pertenecientes a la Red Integral de Salud Pública (RISP) y Red Complementaria (MS Ecuador, 2020a).

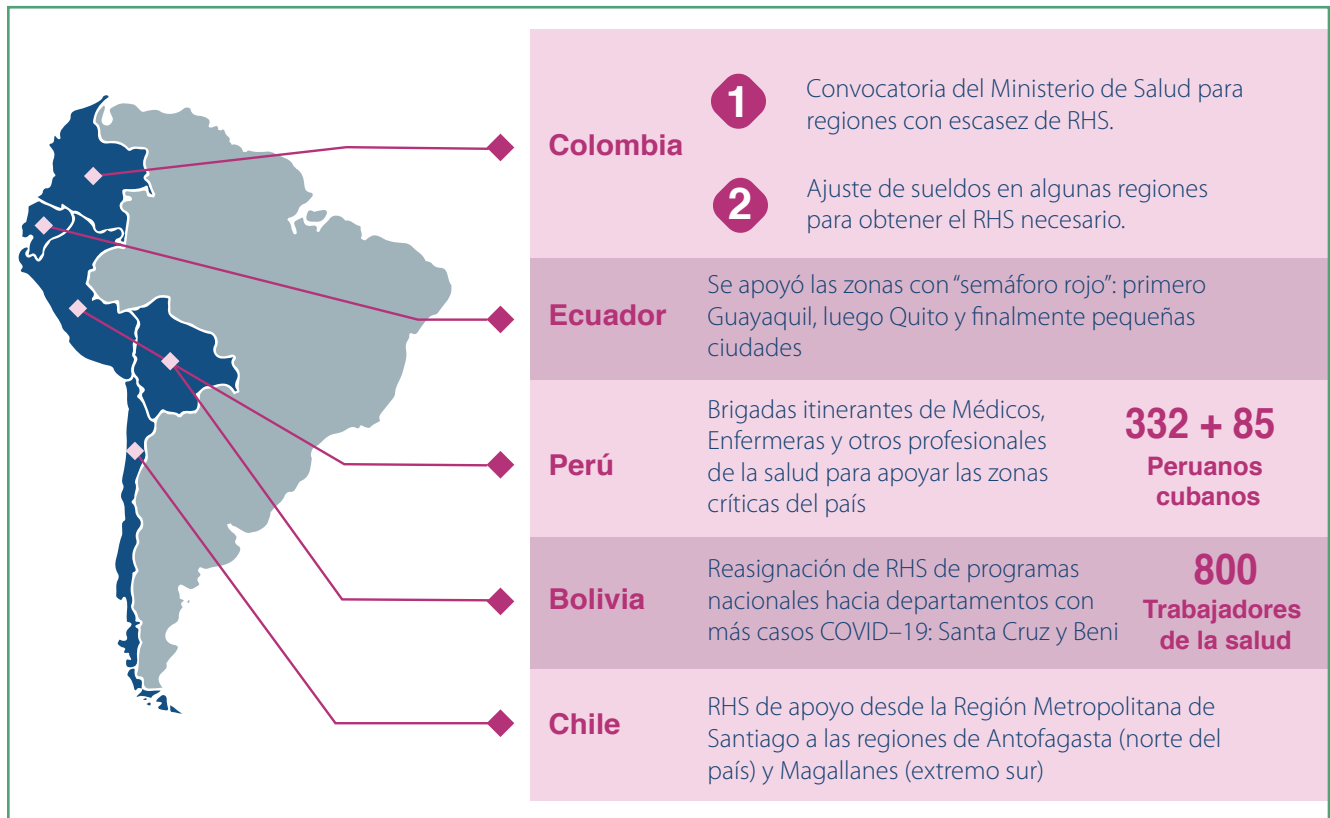
Utilizar estrategias para superar la distribución desigual de RHS entre las regiones en los cinco países estudiados: El Estado Plurinacional de Bolivia reasignó a RHS de programas nacionales como *TeleSalud* y *Salud Familiar y Comunitaria* hacia departamentos con más casos COVID-19, como es el caso de Santa Cruz y Beni (MS Bolivia, 2020a). Chile envió a RHS de apoyo de la Región Metropolitana de Santiago a las regiones de Antofagasta (al norte del país) y Magallanes (al extremo sur) (MS Chile, 2020d). En Colombia, se hizo una convocatoria del Ministerio de Salud y Protección Social para regiones con escasez de RHS, además de ajustes de sueldos en algunas regiones para contratar a los RHS necesarios (MS Colombia, 2020b). En Ecuador, provisionaron apoyo para las zonas con semáforo rojo: primero Guayaquil, luego Quito y finalmente las pequeñas ciudades (MS Ecuador, 2020a). El Perú implementó brigadas itinerantes de médicos, profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud para apoyar en las zonas críticas del país,

constituidas por 332 peruanos y 85 cubanos (MS Perú, 2020a).

Es importante anotar que estas medidas estuvieron acompañadas de incentivos económicos específicos. En los casos de Chile, Colombia y Ecuador se otorgaron en una única oportunidad, que fue más temprano en Colombia que en Chile y Ecuador; y en el Perú, se hizo de forma mensual de abril de 2020 hasta marzo de 2021 (PdR Perú, 2020). La población beneficiaria de estos incentivos en Chile corresponde a más de 220 000 trabajadores de la salud (MS Chile, 2020g), lo que incluye al personal de atención primaria de salud (ASP), a los servicios de salud y a los establecimientos de salud de carácter experimental, por valor de CLP 200 000 (USD \$272) (Congreso Nacional Chile, 2020), además de un aumento de hasta 30% del valor-hora de remuneración como incentivo en el contexto de la emergencia sanitaria (OPS/OMS, 2020). En Colombia, la población objetivo se estima en 247 504 trabajadores (MS Colombia, 2020e) que tratan pacientes confirmados o sospechosos de COVID-19, por valor entre 1 y 4,5 salarios mínimos mensuales legales vigentes (USD 259-1036) (MS Colombia, 2020f). El monto del incentivo en Ecuador es de US \$ 200 para 325 787 servidores públicos, incluidos trabajadores de atención primaria de salud, entre otros (Infobae, 2021).

²¹ Hace referencia a médicos que están especializándose, para lo cual deben cumplir en sus programas de formación alrededor de un total de 20 000 horas de formación divididas entre horas asistenciales y académicas (MS Ecuador, 2020f).

Cuadro No. 6. Estrategias para superar la distribución desigual de RHS entre regiones



Con respecto al Perú, se implementó un paquete de tres tipos de bonificaciones (Huamán, 2020) dirigidas a: personal vinculado mediante la modalidad CAS-COVID²² por valor de S/ 720 (USD \$200); personal asistencial que brinda atención por la COVID-19 en los establecimientos dependientes de los Seguros de Salud (EsSalud), cuyo valor determina EsSalud; y médicos residentes de tercer y cuarto año de las especialidades de Medicina Intensiva o Medicina de Emergencias y Desastres, que realicen su rotación mensual en establecimientos de salud priorizados por valor de S/ 3000 (USD \$838).

Además se hicieron aumentos en las escalas salariales: en el Estado Plurinacional de Bolivia, para atraer a los RHS (MS Bolivia, 2020a); en Colombia, sólo en aquellas regiones donde hubo dificultades de conseguir a los RHS requeridos (MS Colombia, 2020b); y en Chile (MS Chile, 2020d) y en el Perú (MS Perú, 2020a), como mecanismo de incentivo en el contexto de la emergencia sanitaria.

Los ministerios de salud de los cinco países manifiestan haber logrado contar en corto tiempo con RHS adicional para la atención a la emergencia sanitaria por medio de los ajustes normativos que dieron paso a las medidas listadas: En el caso de Colombia, se hace referencia que los números alcanzados han sido suficientes para hacer funcionar la infraestructura complementaria instalada (MS Colombia, 2020b). No se comenta acerca de la suficiencia por parte de Chile, Ecuador y el Perú. En el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, de acuerdo con la información disponible, está por debajo de lo requerido (MS Bolivia, 2020a).

Por otra parte, se destaca el trabajo articulado entre los ministerios de salud y de educación para el logro de la implementación de las medidas que permitieron disponer rápidamente de estudiantes de pregrado y especialistas, así como recién graduados. Asimismo, se vio esta articulación entre diferentes segmentos del sistema de salud, como el de las fuerzas armadas para el caso de Colombia y Ecuador.

22 Tipo de contratación particular definido durante la emergencia sanitaria de la COVID-19.

5.3 Medidas de protección y apoyo a los recursos humanos en salud

Disminuir el riesgo de contagio del personal sanitario, además de la prevención y mitigación de trastornos de salud mental en los trabajadores de la salud, es un componente fundamental de la respuesta a la pandemia. Las altas tasas de infección entre los trabajadores de la salud disminuyen la capacidad de respuesta del sistema de salud, al disminuir la disponibilidad de los RHS, ya sea porque han estado expuestos y posteriormente puestos en aislamiento o se han enfermado. Al estar en la primera línea de atención en los servicios de salud, son un grupo de alto riesgo vulnerable a la infección y a experimentar trastornos de salud mental. Esta presión excesiva que ejerce la COVID-19 sobre el personal sanitario requiere estrategias multidimensionales e integradas para abordar este problema de forma adecuada.

En la Sección 5.3.1., se muestra cómo los países han hecho esfuerzos para abordar la protección y seguridad de los trabajadores de la salud a través de: orientación técnica; pruebas de COVID-19 al personal de salud RHS; adquisición de EPP; capacitación en PCI; seguimiento a la salud mental; y respuesta a los problemas de seguridad y salud en el trabajo. En la Sección 5.3.2., se revisan las áreas de capacitación de los RHS; y en la Sección 5.3.3., se aborda la priorización de los RHS en el plan nacional de vacunación de cada país.

5.3.1 Seguridad y salud en el trabajo y prevención y control de infecciones

Teniendo en cuenta que más de la mitad de los contagios de los trabajadores de la salud se produce en los establecimientos de salud (BID, 2020), las medidas de protección son fundamentales para contrarrestar la presión psicológica que enfrentan los RHS por el temor de contraer o transmitir la enfermedad a sus familias, de manera que la protección de los trabajadores de la salud es clave para garantizar el funcionamiento del sistema de salud.

En el estudio se observó que en los **cinco países, disminuir el riesgo de contagio del personal**

sanitario, además de la prevención y mitigación de trastornos de salud mental en los trabajadores de la salud, ha sido es un componente fundamental de la respuesta a la pandemia. A continuación se resumen las medidas adoptadas:

Adquisición y distribución de EPP para garantizar su acceso a los trabajadores de la salud: Para esto, los cinco países implementaron, a través de decretos, la posibilidad de hacer compras directas, las fuentes de financiación y el responsable de realizar las compras y la distribución de EPP. En el Estado Plurinacional de Bolivia, estuvo en cabeza del Ministerio de Salud, de las entidades territoriales autónomas y de las de la seguridad social de corto plazo (MS Bolivia, 2020a). En Chile, estuvo a cargo del Central Nacional de Abastecimiento (MS Chile, 2020d). En el caso de Colombia, se estableció en las Administradoras de Riesgos Laborales la responsabilidad de adquirir y proveer los EPP a los RHS (MS Colombia, 2020b). En el Perú, se hizo continuamente reasignación de recursos hacia el sector salud, que incluía destinación a la compra de EPP (MS Perú, 2020a). Sin perjuicio de lo anterior, esto se contrasta con la escasez de EPP que los cinco países enfrentaron en los primeros meses de la pandemia y la dificultad consiguiente de alcanzar una cobertura suficiente para los trabajadores de la salud. Este déficit ha sido particularmente marcado en mascarillas tipo N95 en Chile, Colombia y Ecuador: En Chile, se establecieron directrices que promovían el uso racional de estos recursos, sin poner en riesgo a los RHS (MS Chile, 2020h). En el Perú, se ameritó la creación de un Comité de Vigilancia de asignación y uso de EPP y otros recursos para la atención de COVID-19 en cada institución prestadora de servicios de salud (MS Perú, 2020e).

Aplicación de pruebas de detección de COVID-19, dando prioridad a los RHS en los cinco países estudiados: En Colombia (MS Colombia, 2020g) y Chile (MS Chile, 2020i), se implementaron pruebas de rutina cada 15 días, según evaluación de riesgo. En el Estado Plurinacional de Bolivia, para reducir el tiempo de ausencia de los RHS por la demora en la entrega de resultados de la prueba de detección de la COVID-19, se expidió normativa para que los RHS sean atendidos con prioridad en la toma de estas pruebas; sin embargo, esta medida

no se pudo aplicar debido a la escasez de insumos de laboratorio (MS Bolivia, 2020a).

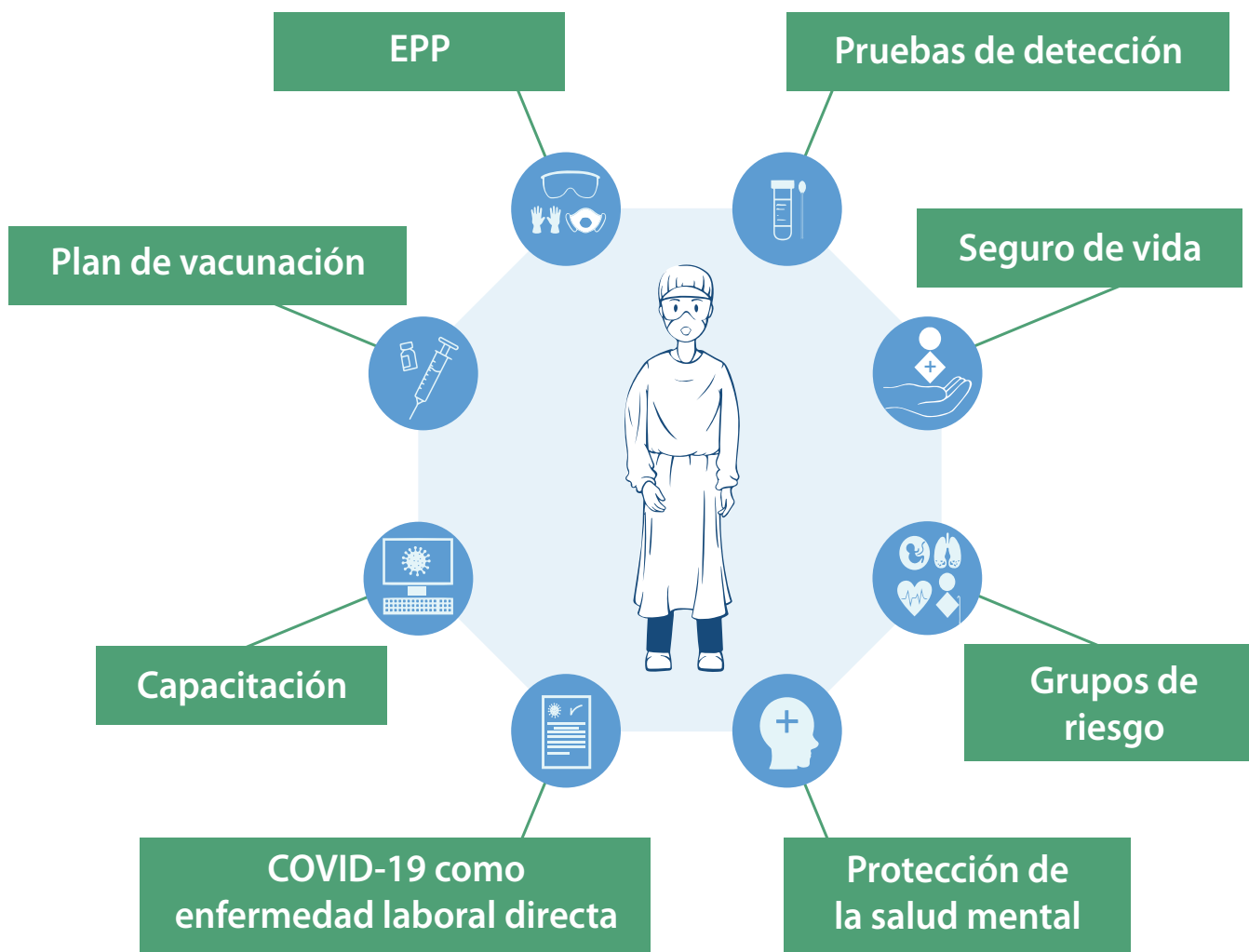
Identificación de grupos de riesgo por embarazo, edad y comorbilidad: En los casos de Chile (MS Chile, 2020j), Ecuador (MS Ecuador, 2020a) y el Perú (MS Perú, 2020f), fue destinado el personal de casos de COVID-19 a labores diferentes de la atención, especialmente de telemedicina. En el caso del Perú, eso se aplicó de forma más tardía. En el Estado Plurinacional de Bolivia, representó una disminución de entre 30% y 40% de la disponibilidad de RHS (MS Bolivia, 2020a).

Planes de salud mental, a través de guías y directrices a los trabajadores, empleadores o entidades encargadas de la seguridad y salud en el trabajo en

los cinco países. Esta política se definió en momentos distintos: más tempranamente en Ecuador (MS Ecuador, 2020a) y Colombia (marzo de 2020) (MS Colombia, 2020b) y más tardíamente en Chile (mayo de 2020) (MS Chile, 2020d) y en el Perú (junio de 2020) (MS Perú, 2020a).

Reconocimiento de la COVID-19 como enfermedad laboral para los RHS en Chile (SUCESO Chile, 2020) y en Colombia (Ministerio de Trabajo Colombia, 2020).

Definición de un seguro de vida para los RHS en Bolivia (Estado Plurinacional de) (Ministerio de Gobierno Bolivia, 2020), Chile (MS Chile, 2020k) y el Perú (MEF Perú, 2020).



5.3.2 Capacitación

Las disposiciones que se definen en materia de financiamiento y despliegue de políticas de inducción, capacitación y tutoría de los RHS constituyen herramientas críticas en una emergencia sanitaria—particularmente cuando no se tiene experiencia previa del desarrollo de la enfermedad, como fue el caso con la COVID-19. No sólo es indispensable para poder atender y cuidar a los pacientes, sino que forma parte de las herramientas de protección del riesgo de contagio para el personal de salud y sus familias.

El sector de la salud se caracteriza por tener prácticas instaladas de inducción y formación en terreno, por disponer de establecimientos asistenciales que a su vez son campos clínicos. Por lo anterior, la capacitación informal es frecuente; y en la actualidad, se apoya en la tecnología que proporciona herramientas y contenidos accesibles de manera asincrónica. Las respuestas al cuestionario por parte de los ministerios de salud dan cuenta de un uso importante de la formación a distancia y del desarrollo de alianzas con la academia y con las sociedades científicas para la creación de los contenidos apropiados.

Entre los logros, los cinco países han dado énfasis a la importancia de haber podido dotar o fortalecer los conocimientos y competencias necesarios al personal de salud sobre la prevención y el tratamiento de la COVID-19, capacitándolo principalmente a través de plataformas tecnológicas de educación a distancia o de telemedicina existentes en los ministerios de salud antes de la pandemia. El despliegue de la capacitación ha llegado a un amplio porcentaje de los RHS en Chile (69,3%) (MS Chile, 2020d) y en el Perú (60%) (MS Perú, 2020a). En el Estado Plurinacional de Bolivia, se usó la capacitación y el apoyo psicológico para mitigar el temor de los RHS de atender casos de COVID-19 y para abordar las preocupaciones sobre la seguridad de la vacunación (MS Bolivia, 2021b).

5.3.3 Vacunación

Esta sección revisa la priorización que tenían los trabajadores de la salud en los planes nacionales de vacunación y las estimaciones de los países sobre los recursos humanos para la salud necesarios para lograr los objetivos de vacunación. La información se recopiló entre enero y abril de 2021.

Con respecto a la vacunación, un RHS disponible y capacitado es fundamental por el doble rol que tiene, pues por una parte debe ser vacunado; y por otra, debe implementar el plan de vacunación a la población.

Con relación a la vacunación del personal, éste ha sido priorizado en los planes de vacunación de los cinco países desde la primera etapa. Sin embargo, en el caso de Colombia, se extendió a la segunda etapa debido a la cantidad de los RHS existentes en el país.

En lo relativo al plan de vacunación, el caso de Chile se destaca por contar con el personal de enfermería²³ de la red de atención primaria y con el plan nacional de inmunización como plataforma para la vacunación masiva. Esto se complementó con la autorización para que otros profesionales de la salud, como matronas y odontólogos, realizaran la vacunación, contando así desde el inicio con los RHS necesarios para la implementación del plan de vacunación (MS Chile, 2021b). En cambio, en los demás países, se tiene previsto lograr un número suficiente de vacunadores: en el Estado Plurinacional de Bolivia, con 4000 brigadas de tres personas (MS Bolivia, 2021b); en Colombia, con 70 000 (MS Colombia, 2021); en Ecuador, con 8000 (MS Ecuador, 2021b); y en el Perú, con 25 000 (MS Perú, 2020g).

En el Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador y Colombia se tiene información sobre el potencial de vacunación: Para el Estado Plurinacional de Bolivia, el potencial de vacunación se estableció según la población objetivo y la región, de manera que para el caso de la vacunación para los RHS en la región de Pando, se estimó que se requieren 7 horas para vacunar a 2587 trabajadores de la salud; pero se desconoce el número de vacunadores necesarios.

23 Incluye los profesionales y auxiliares de enfermería y demás grupos ocupacionales relacionados.

Cuadro No. 7. Planeación de los RHS para el plan de vacunación

		Vacunas diarias	Vacunadores
Bolivia	Se capacitó y se dio apoyo psicológico al RHS para abordar su preocupación sobre la seguridad de la vacuna y ocurrencia de efectos adversos	N.D.	12 000 En 4000 brigadas
		Capacidad esperada <i>Marzo de 2021</i>	
Chile	Vacunadores <ul style="list-style-type: none"> ◆ Red de Atención Primaria ◆ Plan Nacional de Inmunización ◆ Matronas y Odontólogos autorizados a vacunar 	+200 000	+2500 centros de vacunación
		Capacidad instalada <i>28 de mayo 2021</i>	
Colombia	Desempeño diario del vacunador <ul style="list-style-type: none"> ◆ A través de citas programadas: ≥ 42 dosis/7 horas ◆ Extramural urbano: ≥ 18 dosis/7 horas ◆ Extramural rural: ≥ 12 dosis/7 horas 	+200 000	44 344 20 000 más en capacitación
		Capacidad instalada <i>24 de abril de 2021</i>	
Ecuador	10 000 puntos de vacunación <ul style="list-style-type: none"> ◆ 2000 puntos de vacunación MS Ecuador ◆ 1000 puntos IESS,* policía y militares ◆ 7000 puntos de vacunación de la red privada <small>*Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social</small>	121 000	1259 Equipos de vacunación
		Capacidad esperada <i>Enero de 2021</i>	
Perú	RHS capacitado en <ul style="list-style-type: none"> ◆ Vacunación ◆ Soporte a la vacunación ◆ Monitoreo de campaña de vacunación ◆ Manejo de residuos sólidos ◆ Identificación de ESAVI* <small>*Eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización</small>	N.D.	9200 9000 más en capacitación
		Capacidad instalada <i>Enero de 2021</i>	

Por otro lado, en La Paz se requerirían 9 horas para vacunar a 49 901 trabajadores de la salud (MS Bolivia, 2021b).

En Colombia, se tiene establecido el número de vacunas a realizar por hora y modalidad de vacunación, teniendo en cuenta si son intra (≥ 42 dosis/7 horas) o extramural (18 dosis/7 horas si es urbano, y ≥ 12 dosis/7 horas si es rural) (MS Colombia, 2021).

En Ecuador, durante la fase 1 del *Plan Nacional de Vacunación*, se deberá aplicar 60 522 dosis por día, 7565 dosis por hora en promedio y 630 equipos de vacunación a nivel nacional, calculando 12 dosis por hora por cada equipo en una jornada laboral de ocho horas, cinco días a la semana. En las fases 2 y 3, se deberán aplicar 120 906 dosis por día, 15 114 dosis por hora en promedio y 1259 equipos de vacunación a nivel nacional, estipulando las mismas dosis y los mismos horas y días a la semana por equipo (MS Ecuador, 2021b).

5.4 Financiamiento

Los países debieron definir estrategias para financiar el costo adicional de las medidas para responder a la COVID-19. Como se discutió en secciones anteriores, los cinco países han utilizado diferentes formas de abordar la escasez de personal sanitario para responder a la emergencia sanitaria. Al hacerlo, los países aumentaron las inversiones en RHS, EPP, kits de prueba, instalaciones de salud, mejoras salariales e incentivos.

Las inversiones relacionadas con el aumento de los RHS están relacionadas con el déficit de grupos ocupacionales o con una distribución inequitativa por regiones. Será necesario mantener una parte de los RHS después de la pandemia para reducir las brechas, con el fin de contribuir al acceso y cobertura universal de salud. En muchos casos, las mejoras salariales e incentivos que se dieron estuvieron relacionados con un avance en las condiciones laborales, al igual que la implementación de incentivos para reducir las brechas regionales al interior del país. Aunque estas medidas pueden ayudar a mejorar la distribución de RHS dentro del país, persisten desafíos en su sostenibilidad después de la pandemia. El valor de la financiación de EPP y kits de prueba sirven de soporte para guiar análisis futuros en dos aspectos: entender en qué situaciones el déficit que hay en la disponibilidad de EPP es continuo e independiente de una emergencia sanitaria a nivel general o en regiones al

interior del país; y como punto de referencia de un valor de reserva que se requiere para financiar en una situación de emergencia sanitaria.

Por lo tanto, es importante conocer la inversión adicional en RHS que realizó cada país para dar respuesta a la pandemia, inclusive el costo de las medidas de prevención de riesgos y protección de salud ocupacional específicas que se implementaron.

En el estudio se encontró que para financiar la respuesta a la pandemia en Chile, Colombia y el Perú usaron principalmente recursos existentes en el presupuesto corriente y de inversión del presupuesto general del estado. En Ecuador, se complementaron con recursos de donación y créditos de organismos multilaterales. La principal fuente de financiación en el Estado Plurinacional de Bolivia fue un crédito otorgado previo a la pandemia por parte del Banco Mundial, al cual se hizo cambio de destinación.

En los países estudiados, para disponer de los recursos de presupuesto nacional y de crédito, se requirió un **trabajo conjunto entre el MS y el ministerio de economía/finanzas de cada país**. En la Tabla 3, se encuentra un consolidado de la información disponible de los recursos monetarios destinados a mantener o aumentar los RHS para la atención a la COVID-19 en términos de contratación nueva.

Tabla 3. Monto adicional destinado a los recursos humanos para la salud

País	RHS adicional	Valor en \$USD	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	7484 proyectados (1)	8 543 777	Presupuestado (1)
Chile	19 027 contratados + horas extras (2)	253 955 686	Ejecutado (2)
Colombia	3608 proyectados (3)	Sin información	
Ecuador	Sin información	43 492 222	Ejecutado (4)
Perú	44 207 contratados (5)	649 900 457	Presupuestado (5)

(1) MS Bolivia (2020b). Estrategia de Vigilancia Comunitaria Activa: Plan de contención, mitigación y recuperación post confinamiento en respuesta a la COVID-19, septiembre de 2020.

(2) MS Chile (2020c). Respuesta al cuestionario remitido por la OPS/OMS; 3 de diciembre de 2020.

(3) MS Colombia (2020a). Estimaciones de disponibilidad, requerimientos y brechas de talento humano en salud –THS– para la atención COVID-19 en unidades de cuidado intensivo, cuidados intermedios y hospitalización de baja complejidad.

(4) MS Ecuador (2020a). Respuesta al cuestionario remitido por la OPS/OMS, 31 de diciembre de 2020.

(5) MS Perú/Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud (ORHUS) (2020). Información de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales.

Cuadro No. 8. Estrategias para financiar los RHS

Bolivia

USD 25,7 millones proveniente de un crédito externo del Banco Mundial para la contratación de los RHS

Chile

1. Reorientación de recursos ya presupuestados por el Ministerio de Salud
2. Recursos del Ministerio de Hacienda para contratación de RHS y pago de horas extraordinarias

Colombia

1. Creación de Fondo de Emergencia (FOME) con recursos de otros fondos
2. Se integran fuentes de financiación para contrataciones
3. Adres* compra cartera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), con posterior pago
4. Se garantiza el pago oportuno de la EPS a las Instituciones Prestadora de Salud
5. El Ministerio de Salud paga obligaciones en mora con los RHS en regiones críticas

*Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

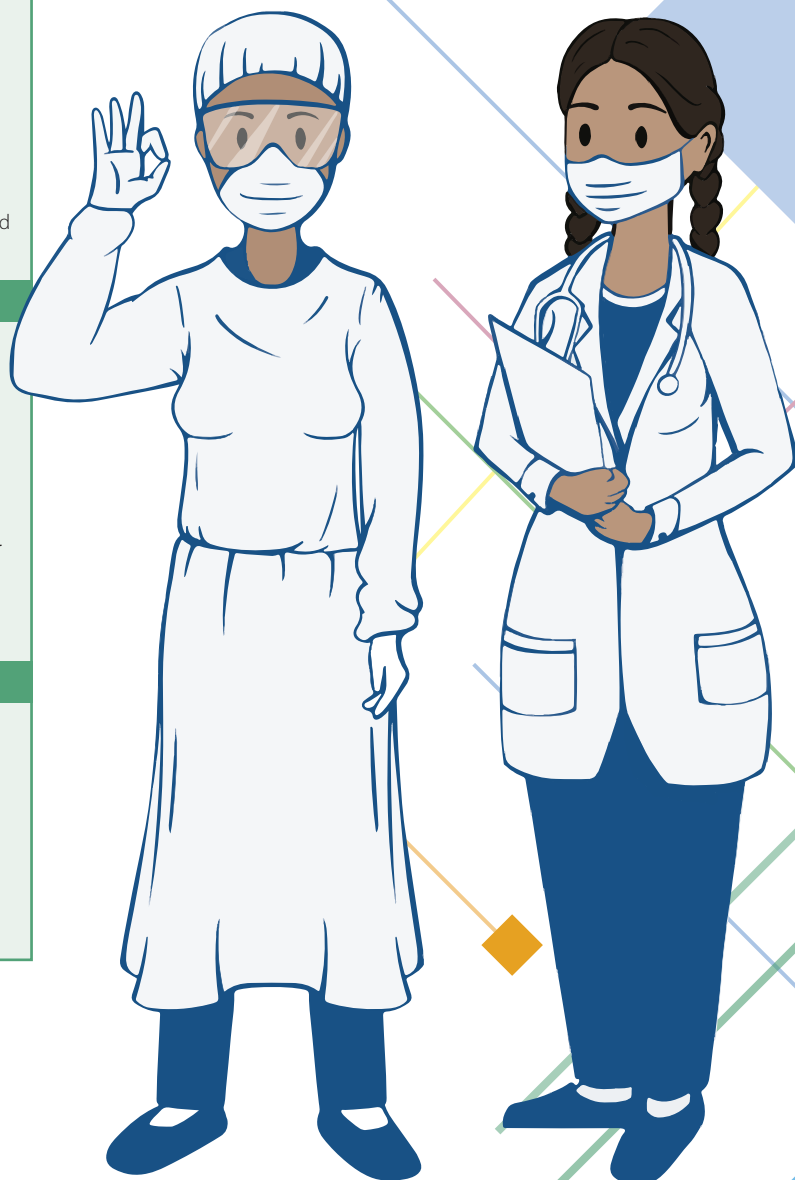
Ecuador

Los criterios de priorización del gasto son

1. Pago de remuneraciones al RHS que atiende la emergencia
2. Compra de EPP, medicamentos, kits de pruebas, dispositivos y equipos médicos
3. Potenciar la infraestructura que permita ampliar la atención médica
4. Pago de derivaciones médicas

Perú

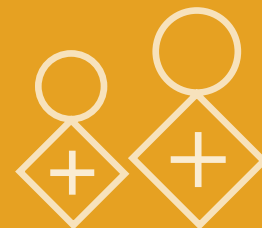
1. Transferencias directas desde Ministerio de Economía y Finanzas
2. Transferencia con cargo a la Reserva de Contingencia
3. Autorizaciones para usar recursos de otras partidas





6

Discusión de fortalezas y desafíos



El documento proporciona un conjunto de indicadores estandarizados y fuentes de datos pertinentes para identificar y cuantificar el impacto multifacético de COVID-19 en los RHS. **El uso de una metodología estandarizada en todos los países fue útil para identificar problemas comunes que afectaron a los RHS durante la pandemia y la respuesta política.** Además, el diálogo con los países a lo largo del estudio fue clave para recopilar, comprender e interpretar la información. Su participación durante las discusiones sobre los resultados sirvió para identificar estrategias, mecanismos y desafíos referentes a los RHS durante la pandemia.

A pesar de que la información recopilada muestra una foto en el tiempo, es relevante ahora en 2021; y es valioso para construir acciones de política para fortalecer a los RHS durante emergencias sanitarias y aumentar la resiliencia del sistema de salud. **Las diferentes estrategias y mecanismos identificados en los cinco países para abordar la disponibilidad de los RHS para responder a la COVID-19, también se relacionaron con los tres pilares de respuesta a emergencias de salud:**

- ♦ preparación para dar respuesta inicial a la emergencia sanitaria;
- ♦ fortalecimiento de los RHS para aumentar la capacidad de respuesta del sistema de salud; y
- ♦ revisión y actualización de medidas.

Esto será útil para que los países revisen, mantengan o mejoren su respuesta a las emergencias, ya que podrán intercambiar experiencias y lecciones aprendidas durante el proceso de diálogo de políticas.²⁴

Los recursos humanos para la salud son un factor clave para ofrecer un servicio de salud oportuno y de calidad, por lo que deben ser protegidos con una adecuada política salarial y de bienestar. A partir de este reconocimiento, se identifica que el gran desafío es generar mecanismos para absorber a los nuevos RHS reclutados para reducir la brecha que tenían los países antes de la pandemia de COVID-19. Hay que mantener las mejoras laborales implementadas, como el aumento de remuneración, que en gran medida depende a su vez de identificar las fuentes de financiación: en el Estado Plurinacional de Bolivia, especialmente para reducir la escasez a nivel de atención primaria en salud; en Ecuador, particularmente de especialistas en medicina crítica y terapia intensiva; y en Colombia y el Perú, para facilitar la distribución territorial. En Chile, se identifica como desafío además el fortalecimiento de la articulación del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación para facilitar la disponibilidad y la distribución de los RHS, dado que es un factor clave para respuestas oportunas a una contingencia enfrentada de la naturaleza.

²⁴ Este documento informará el diálogo de política entre los cinco países.

Aunque se cuenta con información sobre los RHS, permanece el desafío de contar con instrumentos que provean información oportuna, completa y detallada, y que permitan generar los incentivos necesarios para abordar la escasez, tanto estructural como durante emergencias sanitarias.

En los cinco países, se ha considerado importante el fortalecimiento de mecanismos, herramientas y normativas para desarrollar la telemedicina después de la pandemia.

Adicionalmente, **los cinco países identificaron la necesidad de mejorar las condiciones laborales, en términos de la estabilidad laboral y seguridad social para los RHS**, propiciando ambientes saludables para el buen desempeño de los RHS que den importancia a su salud mental y

bienestar, a fin de contribuir a la calidad de vida y conciliación trabajo-familia. En el Perú y Ecuador, se ha visto que un camino para lograr este desafío es la aprobación de la carrera sanitaria.

Otro desafío identificado es mantener las disposiciones que faciliten las compras de bienes y servicios, garantizando el abastecimiento de medicamentos y equipos de protección personal, agilizando la normativa de compras públicas y des-concentrando cuando sea necesario, como en el caso del Ecuador.

Estos desafíos constituyen un punto de partida para un análisis y elaboración de lineamientos compartidos de políticas entre los países participantes en el estudio de casos.



7 Discusión de resultados



Este estudio abordó los mecanismos para aumentar, mantener y proteger a los RHS utilizados en Bolivia (el Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Ecuador y el Perú, en términos de disponibilidad, capacitación, protección, bienestar, remuneración y financiación, para así dar respuesta a la pandemia de COVID-19. Entender el impacto en términos de infección y fallecimientos entre los RHS ha sido útil para el análisis de riesgo de los RHS y las estimaciones de necesidades para responder a la pandemia de COVID-19. El valor de este estudio es múltiple, y sus resultados ayudarán a alinear las prioridades y los objetivos en el fortalecimiento de los RHS para mejorar la resiliencia de los sistemas de salud.

El proceso de análisis ha permitido que las capacidades del país identifiquen y analicen los desafíos de los RHS y los mecanismos del país para responder a estos desafíos durante la emergencia sanitaria de la COVID-19. Los datos y la información resultantes proporcionan nuevos conocimientos para el diálogo sobre políticas a nivel nacional. Como resultado, este estudio provee información sobre las acciones de política y permite la coordinación entre instituciones dentro del país y dentro de la Subregión Andina de la OPS; y por lo tanto, es un bien común para la salud que apoya el análisis entre países. Además, contribuye a la perspectiva global al brindar información sobre los bienes públicos de la OMS y los documentos de orientación provisionales sobre la respuesta a la COVID-19.

Este estudio ofrece una sistematización de las políticas y estrategias adoptadas por los países participantes para enfrentar los desafíos derivados de la COVID-19 en el área de RHS. La información y las lecciones aprendidas contribuyen a aportar evidencia y alinear las prioridades y objetivos de las políticas en torno a la protección de y atención a los RHS en toda la Región, y destaca la necesidad de mejorar la inversión en RHS como estrategia prioritaria para fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud, asegurando la continuidad, óptimo funcionamiento, acceso y cobertura adecuada a la población.

En primer lugar, los países se prepararon para dar una respuesta inicial para enfrentar la COVID-19, que incluyó **identificar las necesidades, disponibilidad y escasez de trabajadores de la salud en función de la respuesta planificada para el aumento de la capacidad del sistema de salud.** A partir de la planificación, los cinco países implementaron paquetes de medidas para aumentar o mantener los RHS, dentro de las que se encuentran los siguientes: reclutamiento de personal por medio de nuevos mecanismos de contratación o el ajuste de los ya existentes; asignación temporal de los RHS desde los servicios no COVID hacia la atención de pacientes enfermos de COVID-19; aumento de la disponibilidad de los RHS mediante los estudiantes y recién graduados nacionales y extranjeros, jubilados, voluntarios y fuerzas armadas;

cooperación internacional; y servicio social obligatorio y cambios de turnos.

Por otra parte, fue necesario proteger a los RHS mediante medidas organizacionales que garantizaran la disponibilidad de EPP y fortalecieran la prevención y el control de la infección mediante la aplicación de pruebas, guías en la identificación de riesgo de los RHS, y capacitación en diagnóstico y manejo de la COVID-19. Esto debe ser acompañado de: mejoras en las condiciones de trabajo, tales como bonificaciones y aumentos en la remuneración; reconocimiento de la COVID-19 como una enfermedad laboral para los trabajadores de la salud; identificación de grupos de riesgo por edad, comorbilidad, embarazo y atención a niños pequeños para que inicialmente cesaran actividades y posteriormente realizaran actividades de menor exposición a la COVID-19, como Telemedicina; e implementación o fortalecimiento del plan de salud mental. Finalmente, mediante la capacitación,

se definieron nuevas competencias para el cuidado de una nueva enfermedad.

Todo lo anterior requirió el trabajo articulado y coordinado de varias entidades al interior de cada país, dentro de las cuales se destacan los ministerios de salud, de educación, de trabajo y de economía. Éstos, en el marco de sus competencias, generaron nueva normatividad y legislación como soporte a la implementación de las diferentes medidas tomadas para mantener y proteger a los RHS.

En la Tabla 4, se ilustran las estrategias utilizadas para abordar aspectos relacionados a los RHS, organizadas en tres pilares para dar respuesta a una emergencia sanitaria: preparación para dar respuesta inicial a la emergencia sanitaria; fortalecimiento de los RHS para aumentar capacidad de respuesta del sistema de salud; y revisión y actualización de medidas.

Tabla 4. Estrategias y mecanismos para abordar aspectos relacionados a los recursos humanos para la salud a fin de responder a la COVID-19

Estrategia	Mecanismo de implementación
Pilar 1: Preparación para dar respuesta inicial a la emergencia sanitaria	
Estimación de necesidades de RHS para la respuesta inicial a la COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Identificar la importancia de un sistema de información para el seguimiento de los casos confirmados y fallecidos de COVID-19, con el fin de hacer estimaciones, identificar el riesgo de los RHS e identificar medidas y respuestas de política. ◆ Identificar mejor a los RHS para fortalecer los sistemas de información y los métodos de estimación de RHS ya existentes. ◆ Estructurar inicialmente un plan o estrategia para la atención de casos sospechosos, probables y confirmados, priorizando el fortalecimiento del sistema de salud en términos de disponibilidad de camas en unidades de cuidados intensivos (UCI), en unidades de terapia intensiva (UTI) y hospitalización (Estrategia tipo 2). ◆ Estimar el requerimiento de los RHS en función de la estrategia diseñada, teniendo en cuenta además la existencia de grupos de riesgo en el personal de salud, en aislamiento, enfermo o fallecido.

Estrategia	Mecanismo de implementación
Pilar 2: Fortalecimiento de los RHS para aumentar la capacidad de respuesta del sistema de salud	
Aumento de la disponibilidad de RHS para atender a los casos sospechosos, probables y confirmados de COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Utilizar mecanismos para aumentar la capacidad de los RHS, apoyados por ajustes normativos usualmente sujetos a la emergencia sanitaria. ◆ Focalizar estos mecanismos principalmente en la contratación de nuevo personal y en la reasignación desde otros servicios de salud. ◆ Usar diversas medidas relacionadas con los estudiantes, recién graduados y titulados en el extranjero, articulando y coordinando entre los ministerios de salud y de educación en cada país. ◆ Tener acceso a la cooperación internacional. ◆ Utilizar el aumento de la remuneración en las regiones con escasez y el aumento de plazas y la flexibilización de acceso al servicio social que realizan los recién graduados en áreas de la salud, para así mejorar la distribución regional de los RHS (como se hizo en algunos países). ◆ Llevar a cabo trabajo conjunto entre los ministerios de salud, de economía y de finanzas en cada país, con el fin de disponer de los RHS necesarios.
Mejoras en las condiciones de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Usar medidas financieras como bonificaciones extras o regulares y reconocimiento de mayor remuneración. ◆ Usar medidas no financieras, como el seguro de vida.
Definir nuevas competencias para los RHS para la prevención y tratamiento de la COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Llevar a cabo capacitaciones sobre prevención, control, diagnóstico y tratamiento de la COVID-19 al personal de salud a través de medios virtuales, que en general permitieron tener mayor cobertura de los RHS, aunque se presentaron fallas en el seguimiento y reconocimiento de la capacitación.
Seguridad y salud en el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Desarrollar e implementar pautas para prevenir infección por COVID-19 en las instalaciones de salud, incluida la importancia de hacer pruebas de detección en los RHS de forma prioritaria y regular. ◆ Llevar a cabo acciones por parte de los países para mitigar la escasez mundial en EPP, de manera que se destinaran recursos para adquirir EPP y se desarrollaran mecanismos para distribuir eficientemente los EPP entre los RHS. ◆ Reconocimiento de la COVID-19 como una enfermedad laboral para los trabajadores de la salud (como se hizo en algunos países). ◆ Identificación de grupos de riesgo por edad, comorbilidad, embarazo y atención a niños pequeños para que inicialmente cesaran actividades y posteriormente realizaran actividades de menor exposición a la COVID-19, como la telemedicina. ◆ Refuerzo del plan de salud mental para los RHS.
Pilar 3: Revisión y actualización de medidas	
Mantener la disponibilidad de los RHS	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Actualización del plan de respuesta de cara a la segunda ola de la COVID-19, poniendo mayor énfasis en la atención de casos sospechosos, probables y confirmados a través de los establecimientos de atención primaria en salud (Estrategia tipo 1). ◆ Desarrollo e implementación de un plan de vacunación que priorice a los RHS. ◆ Identificación de los RHS necesarios para implementar el plan de vacunación en el país.




Referencias

- Asamblea Legislativa Plurinacional (2021). Ley No 1359 de 2021: Ley de Emergencia Sanitaria. La Paz: Asamblea Legislativa Plurinacional (siip.pro-duccion.gob.bo/repSIIP2/files/normativa_12345_180220210e7e.pdf, visitado el 2 de septiembre de 2021).
- BID (2020). Los retos del personal de salud ante la pandemia de COVID-19: pandemiónium, precariedad y paranoia. Gente saludable. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo (blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus/, visitado el 2 de septiembre de 2021).
- Congreso Nacional de Chile (2020). Ministerio de Hacienda. Ley 21.306 de 2020: Otorga reajuste de remuneraciones a los trabajadores del sector público, concede aguinaldos que señala, concede otros beneficios que indica, y modifica diversos cuerpos legales. Santiago: Congreso Nacional de Chile (www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1154076, visitado el 13 de octubre de 2021).
- Huamán Angulo LA (2020). La respuesta a COVID-19 desde el campo de los RHUS. Experiencia peruana. Presentación del Ministerio de Salud del Perú, Dirección de Personal de la Salud. Organización Panamericana de la Salud, Programa Subregional para América del Sur (www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2020/web_sur_jul/5_peru.pdf, visitado el 28 de septiembre de 2021).
- INEC (2020). Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud - RAS 2018. Boletín Técnico No1 - 2018 - RAS. Quito: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2018/Principales_resultados_RAS_2018.pdf, visitado el 2 de septiembre de 2021).
- Infobae (2021). Ecuador dará un bono de 200 dólares al personal de la primera línea en la lucha contra el COVID-19. Infobae (www.infobae.com/america/america-latina/2021/02/06/ecuador-dara-un-bono-de-200-dolares-al-personal-de-la-primera-linea-en-la-lucha-contra-el-covid-19/, visitado el 16 de octubre de 2021).
- INS (2020). COVID-19 en personal de salud en Colombia; Bogotá: Instituto Nacional de Salud (www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-personal-salud.aspx, visitado el 10 de diciembre de 2020).
- INS (2021a). COVID-19 en personal de salud en Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Salud (www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-personal-salud.aspx, visitado el 28 de abril de 2021).
- INS (2021b). COVID-19 en Colombia: Reporte 30-04-2021. Noticias coronavirus. Bogotá: Instituto Nacional de Salud (www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-casos.aspx, visitado el 30 de abril de 2021).
- MEF Perú (2020). Decreto de Urgencia N° 032-2020-EF: Dicta medidas extraordinarias destinadas a garantizar la respuesta sanitaria para la atención de la emergencia producida por el COVID-19. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas (www.gob.pe/institucion/mef/normas-legales/462528-032-2020, visitado el 29 de septiembre de 2021).
- Ministerio de Gobierno Bolivia (2020). Decreto Supremo No 4217: Autoriza la contratación de un seguro para los profesionales y trabajadores en salud relacionados con COVID-19. La Paz: Ministerio de Gobierno ([http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar_comp/\(COVID-19\)/page:3](http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar_comp/(COVID-19)/page:3), visitado el 14 de octubre de 2021).
- Ministerio del Trabajo Colombia (2020). Decreto 676 de 2020: Por el cual se incorpora una enfermedad directa a la tabla de enfermedades laborales y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de Trabajo (dapre.pre-sidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20676%20DEL%2019%20DE%20MAYO%20DE%202020.pdf, visitado el 29 de septiembre de 2021).
- Molina F. Cuando se debe enfrentar la epidemia "sin estado": Bolivia ante el coronavirus. Fundación Carolina. Análisis Carolina 2020; 15/2020 (www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2020/04/AC-15.2020.pdf, visitado el 14 de octubre de 2021).
- MS Bolivia (2020a). Respuesta al cuestionario remitido por la OPS/OMS para propósitos de este estudio. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.
- MS Bolivia (2020b). Estrategia de Vigilancia Comunitaria Activa: Plan de contención, mitigación y recuperación post confinamiento en respuesta a la COVID-19. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes (oiss.org/wp-content/uploads/2020/11/Estrategia-de-Vigilancia-Comunitaria-Activa.pdf, visitado el 2 de septiembre de 2021).
- MS Bolivia (2021a). Reporte de contagios COVID-19 en Bolivia No. 394. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes (www.boliviasegura.gob.bo/index.php/2021/04/14/reporte-de-contagios-covid-19-en-bolivia-n394/, visitado el 2 de septiembre de 2021).
- MS Bolivia (2021b). Plan de vacunación contra COVID-19. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes (oiss.org/wp-content/uploads/2021/04/PLAN-DE-VACUNA-COVID19.pdf, visitado el 2 de septiembre de 2021).
- MS Chile (2015). Decreto 90 de 2015: Aprueba reglamento para el ejercicio de las profesiones auxiliares de la medicina, odontología, química y farmacia y otras, y deroga Decretos No 261, de 1978, y No. 1.704, de 1993, ambos del Ministerio de Salud. Santiago: Ministerio de Salud (www.bcn.cl/ley-chile/navegar?idNorma=1099220, visitado el 29 de septiembre de 2021).
- MS Chile (2017). Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud. Glosa 01, letra i. Ley de Presupuestos Año 2017. Santiago: Ministerio de Salud (www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Abril2017.pdf, visitado el 31 de agosto de 2021).
- MS Chile (2020a). Brechas de personal de salud por servicios de salud y especialidad. Santiago: Ministerio de Salud (www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/Glosa-01-letra-c-Brechas-del-Personal-de-Salud-por-Servicio-de-Salud-y-Especialidad-Anual.pdf, visitado 2 de septiembre de 2021).
- MS Chile (2020b). Informe epidemiológico: Características del personal de salud confirmados con COVID-19: Chile; Semanas epidemiológicas 10 a la 37, año 2020. Santiago: Ministerio de Salud (www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/Personal-de-Salud-Covid-3092020.pdf, visitado el 2 de septiembre de 2021).
- MS Chile (2020c). Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: Estrategia Nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento. Santiago: Ministerio de Salud (www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Estrategia-Testeo-Trazabilidad-y-Aislamiento.pdf, visitado el 2 de septiembre de 2021).
- MS Chile (2020d). Respuesta al cuestionario remitido por la OPS/OMS para propósitos de este estudio. Santiago: Ministerio de Salud.
- MS Chile (2020e). Ordinario 718 de 2020: Imparte instrucciones en el marco de la Alerta Sanitaria por el brote de coronavirus COVID-19. Santiago: Ministerio de Salud (www.sirh.cl/sites/default/files/biblioteca/ord_n_718_del_20.03.2020_imparte_instrucciones_en_el_marco_de_alerta_sanitaria_por_brote_de_coronavirus_covid_19_003.pdf, visitado el 28 de septiembre de 2021).

- MS Chile (2020f). Experiencia de Chile: La respuesta a COVID-19 desde los Recursos Humanos de Salud. Presentación de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas del Ministerio de Salud de Chile. Webinar OPS, Programa Subregional para América del Sur. Santiago: Ministerio de Salud (www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2020/web_sur_jul/3_chile.pdf), visitado el 28 de septiembre de 2021).
- MS Chile (2020g). Presidente Piñera anuncia promulgación de bono para personal de la salud por pandemia de COVID-19. Santiago: Ministerio de Salud (www.minsal.cl/presidente-pinera-anuncia-promulgacion-de-bono-para-personal-de-la-salud-por-pandemia-de-covid-19/), visitado el 13 de diciembre de 2020).
- MS Chile (2020h). Circular C37 No 2: Complementa correcto uso de Equipos de Protección Personal en contexto de pandemia de COVID-19. Santiago: Ministerio de Salud (www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/03-abr-Circular-2-Racionalizacion-uso-EPP-en-contexto-atencion-pacientes-durante-pandemia.pdf), visitado el 15 de octubre de 2021).
- MS Chile (2020i). Ministerio de Salud destaca inicio de testeos rápidos en funcionarios de salud. Santiago: Ministerio de Salud (www.minsal.cl/ministerio-de-salud-destaca-inicio-de-testeos-rapidos-en-funcionarios-de-salud/), visitado el 15 de octubre de 2021).
- MS Chile (2020j). Exenta No 182: Establece modalidad de trabajo que indica, para los funcionario y funcionarias de las divisiones del Ministerio de Salud, gabinetes y seremis de salud, en el marco del COVID-19. Santiago: Ministerio de Salud (confenats.cl/wp/wp-content/uploads/2020/03/Res.-Exenta-182-2020.pdf), visitado el 28 de septiembre de 2021).
- MS Chile (2020k). Autoridades de Salud suscriben acuerdo para la entrega de seguro a trabajadores por COVID-19. Santiago: Ministerio de Salud (www.minsal.cl/autoridades-de-salud-suscriben-acuerdo-para-la-entrega-de-seguro-a-trabajadores-por-covid-19/), visitado el 29 de septiembre de 2021).
- MS Chile (2021a). Informe epidemiológico: Características del personal de salud confirmados y probables de COVID-19: Chile; Semanas epidemiológicas 10 a la 53, año 2020. Santiago: Ministerio de Salud (www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21_Informe-PS-COVID-19.pdf), visitado el 2 de septiembre de 2021).
- MS Chile (2021b). Exenta No 136: Complementa Resolución Exenta No 1138, de 2020, del Ministerio de Salud, que aprueba lineamientos técnico operativos vacunación SARS-COV-2. Santiago: Ministerio de Salud (www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/RES.-EXENTA-N-136_.pdf), visitado el 14 de octubre de 2021).
- MS Colombia (2020a). Estimaciones de disponibilidad, requerimientos y Brechas de talento humano en salud –THS– para la atención COVID-19 en unidades de cuidado intensivo, cuidado intermedios y hospitalización de baja complejidad. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social (www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/estimaciones-thcovid19.pdf), visitado el 29 de septiembre de 2021).
- MS Colombia (2020b). Respuesta al cuestionario remitido por la OPS/OMS para propósitos de este estudio. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- MS Colombia (2020c). Gobierno Nacional y Ascofame diseñaron curso multidisciplinario para manejo de pacientes COVID-19. Boletín de Prensa No 527. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social (www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-Nacional-y-Ascofame-disenaron-curso-multidisciplinario-para-manejo-de-pacientes-covid-19-.aspx), visitado el 28 de septiembre de 2021).
- MS Colombia (2020d). Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud durante las Etapas de Contención y Mitigación de la COVID-19. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social (www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS01.pdf), visitado el 3 de septiembre de 2021).
- MS Colombia (2020e). El reconocimiento al talento humano en salud es una realidad. Boletín de Prensa No 833. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020 (www.minsalud.gov.co/Paginas/El-reconocimiento-al-talento-humano-en-salud-es-una-realidad.aspx), visitado el 28 de septiembre de 2021).
- MS Colombia (2020f). Resolución 1774 de 2020: Por la cual se definen los perfiles ocupacionales para el reconocimiento económico por una única vez en favor del talento humano en salud que preste sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de Coronavirus COVID-19, la metodología para el cálculo del monto, y el mecanismo de giro por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social (normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/resolucion_minsaludps_1774_2020.htm), visitado el 13 de octubre de 2021).
- MS Colombia (2020g). Resolución 779 de 2020: Por la cual se formaliza la estrategia de respuesta sanitaria adoptada para enfrentar la pandemia por SARS CoV2 (COVID-19) en Colombia y se crea un comité asesor para orientar las decisiones de política en relación con la pandemia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social (www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20779%20de%202020.pdf), visitado el 10 de agosto de 2021).
- MS Colombia (2021). IPS deben fortalecer su red de vacunación. Boletín de Prensa No 294. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social (www.minsalud.gov.co/Paginas/IPS-deben-fortalecer-su-red-de-vacunacion.aspx), visitado el 14 de octubre de 2021).
- MS Colombia/OTHS (2017). Indicadores para el seguimiento del talento humano en salud por perfil de formación. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social/Observatorio de Talento Humano en Salud (www.sispro.gov.co/observatorios/talento-humano/Pages/observatorio-talento-humano-en-salud.aspx), visitado el 31 de agosto de 2021).
- MS Ecuador (2020a). Respuesta al cuestionario remitido por la OPS/OMS para propósitos de este estudio. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- MS Ecuador (2020b). El MSP optimiza recursos para contratar a 2.850 profesionales de salud. Quito: Ministerio de Salud Pública (www.salud.gob.ec/el-msp-optimiza-recursos-para-contratar-a-2-850-profesionales-de-salud/), visitado el 29 de septiembre de 2021).
- MS Ecuador (2021a). Comportamiento de la COVID-19 en Ecuador. Quito: Ministerio de Salud Pública/Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica (www.coronavirusecuador.com/data/), visitado el 25 de marzo de 2021).
- MS Ecuador (2021b). Plan de Trabajo Vacunación COVID 19 Ecuador 2020-2021. Quito: Ministerio de Salud Pública (www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/DOCUMENTO-PLAN-DE-VACUNACION%CC%81N-ECUADOR-VS-FINAL_r.pdf), visitado el 14 de octubre de 2021).

- MS Perú (2019). Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud - Perú 2013 - 2018. Lima: Ministerio de Salud (bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/10896.pdf, visitado el 16 de octubre de 2021).
- MS Perú (2020a). Respuesta al cuestionario remitido por la OPS/OMS para propósitos de este estudio. Actualizada el 31 de marzo de 2021. Lima: Ministerio de Salud.
- MS Perú (2020b). Situación actual COVID-19 Perú. Lima: Ministerio de Salud/Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus310820.pdf, visitado el 2 de septiembre de 2021).
- MS Perú (2020c). Minsa instalará 17 CRAT en nueve distritos de la zona norte de Lima para el descarte y atención de COVID-19: Nota de prensa. Noticias. Lima: Ministerio de Salud (www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/300647-minsa-instalara-17-crat-en-nueve-distritos-de-la-zona-norte-de-lima-para-el-descarte-y-atencion-de-covid-19, visitado el 14 de octubre de 2021).
- MS Perú (2020d). Decreto Supremo 010-2020-SA: Plan de Acción-Vigilancia, contención y atención de casos del nuevo COVID-19 en el Perú y la relación de bienes y servicios requeridos para las actividades de la emergencia sanitaria. Lima: Ministerio de Salud (www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/460469-010-2020-sa, visitado el 29 de septiembre de 2021).
- MS Perú (2020e). Resolución Ministerial 316-2020-MINSA: Comité de Vigilancia de asignación y uso de Equipos de Protección Personal. Lima: Ministerio de Salud (www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/587393-316-2020-minsa, visitado el 29 de septiembre de 2021).
- MS Perú (2020f). Resolución Ministerial 254-2020-MINSA: Manejo de personas afectadas por COVID-19 en áreas de atención crítica. Lima: Ministerio de Salud (cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/686689/R.M._N._254-2020-MINSA.PDF, visitado el 28 de septiembre de 2021).
- MS Perú (2020g). Resolución Ministerial 848-2020-MINSA: Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19. Lima: Ministerio de Salud (www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1293043-848-2020-minsa, visitado el 14 de octubre de 2021).
- MS Perú/ORHUS (2020). Información de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales. 2020. Lima: Ministerio de Salud/Observatorio Nacional del Personal de la Salud (app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiOTE3ZmEwODMtMmFIMy00ZDA4LTg5ZGEtMGMzZDB-jNmU2ZTMxliwidCI6ImI3ZDJiMWZkLWU3NjMtNDY5ZS05NjE5LWw-5M2I3MmEyZjUwMyJ9&pageName=ReportSection59d61fb40feb0d4a-46db, visitado el 10 de agosto de 2021).
- OMS (2016). Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: fuerza laboral 2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/, visitado el 28 de septiembre de 2021).
- OMS (2017). Cuentas Nacionales de Personal en Salud: un manual. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (www.who.int/publications/i/item/9789241513111, visitado el 16 de octubre de 2021).
- OMS (2018). Cuentas Nacionales de Personal en Salud: Guía de implementación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330360/9789243514444-spa.pdf, visitado el 16 de octubre de 2021).
- OMS (2020a). State of the world's nursing (SOWN) [Situación de la enfermería en el mundo]; 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (apps.who.int/nhwportal/Sown/Index, visitado el 2 de septiembre de 2021).
- OMS (2020b). Política y gestión de la fuerza laboral de salud en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19: Guía provisional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-health_workforce-2020.1, visitado el 28 de septiembre de 2021).
- OMS (2021a). Weekly epidemiological update on COVID-19 [Actualización Epidemiológica sobre COVID-19] Ginebra: OMS (www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19--31-march-2021, visitado el 31 de agosto de 2021).
- OMS (2021b). National Health Workforce Accounts Data Portal (NHWA) [Cuentas Nacionales del Personal de Salud]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (apps.who.int/nhwportal/Home/Index, visitado el 2 de septiembre de 2021).
- OMS (2021c). The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. Working Paper 1 (Health Workforce Department Working Paper 1) [Impacto del COVID-19 en trabajadores de la salud y cuidadores: una mirada más cercana a las muertes]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345300/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, visitado el 16 de octubre de 2021).
- OPS/OMS (2020). Experiencias para destacar en gestión de Recursos Humanos para la Salud en países de América del Sur en el contexto de COVID-19. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (www.paho.org/es/noticias/27-5-2020-experiencias-para-destacar-gestion-recursos-humanos-para-salud-paises-america, visitado el 28 de septiembre de 2021).
- OPS/OMS (2021). Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-14-abril-2021, visitado el 2 de septiembre de 2021).
- Ortega G. (2020) Médicos de Ecuador afirman "sentirse desprotegidos" frente a la pandemia. France 24; (www.france24.com/es/20200905-ecuador-renuncia-masiva-profesionales-salud, visitado el 10 de agosto de 2021).
- PdR de Colombia (2020). Decreto legislativo 538 de 2020. Bogotá: Presidencia de la República (dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20538%20DEL%2012%20DE%20ABRIL%20DE%202020.pdf, visitado el 2 de septiembre de 2021).
- PdR del Ecuador (2020). Decreto Ejecutivo 1165: Reglamento general de la ley de apoyo humanitario. Quito: Presidencia Constitucional de la República del Ecuador (www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/10/reglamento-general-ley-organica-apoyo-humanitario-oct2020.pdf, visitado el 2 de septiembre de 2021).
- PdR del Perú (2020). Decreto de Urgencia 026-2020: Establece diversas medidas excepcionales y temporales para prevenir la propagación del coronavirus (COVID-19) en el territorio nacional. Lima: Presidencia de la República (www.gob.pe/institucion/presidencia/normas-legales/460471-026-2020, visitado el 13 de octubre de 2021).



SUCESO Chile (2020). Dictamen 1482-2020: Imparte instrucciones respecto a la calificación del origen de la enfermedad COVID-19 que afecte al personal de establecimientos de salud y aquellos que han sido determinados como contactos estrechos. Santiago: Superintendencia de Seguridad Social (www.suseso.cl/612/w3-article-589773.html, visitado el 29 de septiembre de 2021).

Valdés PR et al. Ataque al personal de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. Acta Med Colombiana 2020;45(3) (www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482020000300055 visitado el 2 de septiembre de 2021).



9789240038981



9 789240 038981