

# El impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuestas de política

## El caso de cinco países de América Latina





# El impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuestas de política

## El caso de cinco países de América Latina

Washington, D.C., 2022

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas

*El impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuestas de política.  
El caso de cinco países de América Latina*

OPS/HSS/HS/COVID-19/22-0030

© **Organización Panamericana de la Salud, 2022**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

**Adaptaciones:** si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS".

**Traducciones:** si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

**Cita propuesta:** Organización Panamericana de la Salud. El impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuestas de política. El caso de cinco países de América Latina. Washington, DC: OPS; 2022.

**Datos de catalogación:** pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias](http://www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias).

**Materiales de terceros:** si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como 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 descargo generales:** las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, 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 OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, 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 OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

# Índice

Prólogo .....	vi
Agradecimientos .....	viii
Siglas .....	ix
Resumen .....	x
Introducción .....	1
<b>Parte 1. Metodología y resultados .....</b>	<b>3</b>
1. Metodología y fuente de los datos .....	3
2. Síntesis de resultados .....	6
2.1. Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud .....	7
2.2. Respuesta de política .....	12
2.3. Análisis de las fortalezas y desafíos .....	21
2.4. Discusión de los resultados .....	22
<b>Parte 2. Estudios de caso .....</b>	<b>26</b>
1. Estado Plurinacional de Bolivia .....	26
Puntos clave .....	26
Tareas futuras .....	26
1.1. Contexto del país .....	28
1.2. Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud .....	31
1.3. Respuesta de política .....	32
1.4. Conclusiones y desafíos .....	43
1.5. Tareas futuras .....	45
2. Chile .....	46
Puntos clave .....	46
Tareas futuras .....	47
2.1. Contexto del país .....	48
2.2. Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud .....	51
2.3. Respuesta de política .....	54
2.4. Conclusiones y desafíos .....	67
2.5. Tareas futuras .....	69

3. Colombia .....	70
Puntos clave .....	70
Tareas futuras .....	71
3.1. Contexto del país .....	72
3.2. Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud .....	75
3.3. Respuesta de política .....	77
3.4. Conclusiones y desafíos .....	87
3.5. Tareas futuras .....	89
4. Ecuador.....	90
Puntos clave .....	90
Tareas futuras .....	91
4.1. Contexto del país .....	92
4.2. Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud .....	94
4.3. Respuesta de política .....	96
4.4. Conclusiones y desafíos .....	105
4.5. Tareas futuras .....	107
5. Perú .....	108
Puntos clave .....	108
Tareas futuras .....	109
5.1. Contexto del país .....	110
5.2. Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud .....	113
5.3. Respuesta de política .....	115
5.4. Conclusiones y desafíos .....	124
5.5. Tareas futuras .....	125

<b>Referencias.....</b>	<b>127</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>139</b>
Anexo 1. Estado Plurinacional de Bolivia .....	139
Indicadores adicionales sobre recursos humanos para la salud .....	139
Legislación relacionada con los recursos humanos para la salud .....	140
Movilizaciones y ataques .....	141
Anexo 2. Chile .....	144
Indicadores adicionales sobre recursos humanos para la salud .....	144
Legislación relacionada con los recursos humanos para la salud .....	147
Movilizaciones y ataques .....	151
Anexo 3. Colombia .....	152
Indicadores adicionales sobre recursos humanos para la salud .....	152
Legislación relacionada con los recursos humanos para la salud .....	156
Movilizaciones y ataques .....	162
Anexo 4. Ecuador.....	163
Indicadores adicionales sobre recursos humanos para la salud .....	163
Legislación relacionada con los recursos humanos para la salud .....	165
Movilizaciones y ataques .....	166
Anexo 5. Perú .....	168
Indicadores adicionales sobre recursos humanos para la salud .....	168
Legislación relacionada con los recursos humanos para la salud .....	178
Movilizaciones y ataques .....	188

# Prólogo

## Actuemos juntos para proteger e invertir en el personal de salud

El personal de salud es uno de los principales pilares de los sistemas de salud resilientes y ha mostrado ser fundamental para responder a la pandemia de la enfermedad por el coronavirus del 2019 (COVID-19, por su sigla en inglés). La pandemia, además de evidenciar un déficit en la disponibilidad del recurso humano para la salud (RHS), ha revelado la importancia de tener sistemas de información adecuados y la necesidad de aplicar medidas para proteger al personal de la salud y para fomentar y asegurar trabajo decente.

En el 2021, declarado Año Internacional de los Trabajadores y Cuidadores de la Salud, y en apoyo a los países en el diseño e implementación de estrategias para abordar los problemas del personal de salud durante la pandemia de COVID-19, la Dirección de Recursos Humanos para la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), junto con el Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), impulsó el estudio de casos de países sobre el impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud (RHS) y las respuestas 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, se estudió la repercusión de la pandemia en las condiciones laborales del personal de salud, su disponibilidad y distribución en el país, su salud mental, el riesgo de contagio y su bienestar social.



La relevancia de este estudio es multifacética y se ha beneficiado de la participación de Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Ecuador y Perú, países integrantes de la Subregión de América del Sur de la OPS, del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) y de la Organización de Estados Americanos. El proceso de realización del estudio ha contribuido al desarrollo de capacidades de los países para identificar y analizar los desafíos asociados con los RHS. Los datos y la información resultantes proporcionan nuevo conocimiento y perspectivas para el diálogo sobre políticas a nivel nacional y el análisis entre países, para informar acciones de política y facilitar la coordinación; se trata, entonces, de un bien común para la salud en toda la Región. Además, el estudio contribuye al análisis a nivel mundial, ya que provee información que puede ser utilizada por los bienes públicos de la OMS y para la elaboración de documentos con orientaciones 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 de los RHS por causa de la COVID-19. Este conocimiento y lecciones aprendidas contribuyen a proporcionar evidencia y establecer las prioridades y los objetivos de política en consonancia con la protección y el cuidado de la fuerza laboral de salud de toda la Región. Además, destaca la necesidad de mejorar la inversión en RHS como estrategia prioritaria para fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud y asegurar su continuidad, su funcionamiento óptimo, y el acceso y cobertura adecuada a toda la población.



**Jim Campbell**

Director del Departamento de  
Recursos Humanos para la Salud,  
Organización Mundial  
de la Salud



**James Fitzgerald**

Director del Departamento de  
Sistemas y Servicios de Salud,  
Organización Panamericana  
de la Salud



**Rubén Mayorga Sagastume**

Coordinador del Programa  
Subregional para América del Sur,  
Organización Panamericana  
de la Salud

# Agradecimientos

La presente publicación ha sido producida con 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 de Hernán Sepúlveda Uribe, asesor en recursos humanos para la salud del Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con la supervisión de Pascal Zurn, coordinador de mercado laboral de la salud y alianzas en la OMS, Rubén Mayorga Sagastume, coordinador del Programa Subregional para América del Sur de la OPS y Fernando Meneses, jefe de la Unidad de Recursos Humanos para la Salud de la OPS.

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; Laura Ramírez, referente de la OPS en Colombia; Sonia Quezada, referente de la OPS en Ecuador, y Ricardo Fábrega, referente de la OPS en Perú. Sus aportes y explicaciones, así como la nueva documentación y actualizaciones de información remitidas, ayudaron a entender la situación particular de cada país, ser más precisos en el registro de las experiencias y fortalecer los análisis realizados y las conclusiones obtenidas.

La principal fuente de información y de retroalimentación técnica provino de los encargados de los temas relacionados con la información y la gestión de los recursos humanos para la salud (RHS) del ministerio de salud de cada país, quienes dieron apoyo en la recopilación y envío de información a través del cuestionario solicitado a cada ministerio y en las reuniones de presentación de avances y resultados, y proporcionaron una valiosa retroalimentación en su área de experticia: Teresa Becerra, profesional del Ministerio de Salud y Deportes (Estado Plurinacional de Bolivia); Claudia Godoy, jefa del Departamento de Planificación y Control de Gestión de Recursos Humanos en Salud de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud (Chile); Oswaldo Barrera, coordinador del 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 (Colombia); Gino Cabezas, profesional de la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud; Marco Muñoz Herrería, Director Nacional de Normatización del Talento Humano en Salud; Yolanda Saltos López, especialista de la formación de la Dirección Nacional de Normatización del Talento Humano en Salud y Juan Carlos Chávez, especialista de la formación de la Dirección Nacional de Normatización del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud Pública (Ecuador); y Javier Loayza, responsable del Observatorio de Recursos Humanos de Salud de la Dirección General de Personal de la Salud del Ministerio de Salud (Perú).

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

# Siglas

<b>APS</b>	atención primaria de salud
<b>CNPS</b>	cuentas nacionales del personal de salud
<b>COVID-19</b>	enfermedad por el coronavirus del 2019 (por su sigla en inglés)
<b>EPP</b>	equipo de protección personal
<b>EPS</b>	entidades promotoras de la salud
<b>EsSalud</b>	Seguro Social de Salud
<b>INEC</b>	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador
<b>INS</b>	Instituto Nacional de Salud de Colombia
<b>IPS</b>	instituciones prestadoras de servicios de salud
<b>MS Bolivia</b>	Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de)
<b>MS Chile</b>	Ministerio de Salud de Chile
<b>MS Colombia</b>	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia
<b>MS Ecuador</b>	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
<b>MS Perú</b>	Ministerio de Salud del Perú
<b>MS</b>	ministerio de salud
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
<b>OEA</b>	Organización de Estados Americanos
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>ORAS-CONHU</b>	Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue
<b>PCI</b>	prevención y control de infecciones
<b>RHS</b>	recursos humanos para la salud
<b>SARS-CoV-2</b>	coronavirus de tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave (por su sigla en inglés)
<b>SIRHS</b>	sistema de información de recursos humanos para la salud
<b>SIS</b>	sistemas de información de salud
<b>UCI</b>	unidades de cuidado intensivo

# Resumen

La disponibilidad suficiente, la distribución equitativa y las competencias adecuadas de los recursos humanos para la salud (RHS) son fundamentales para avanzar hacia el objetivo de la salud universal. La pandemia de COVID-19 ha tenido una gran repercusión en la salud de la población y ha ejercido presiones en el sistema de salud que provocaron interrupciones en los servicios de salud en todo el mundo, principalmente debido a la disponibilidad insuficiente de personal. A nivel mundial, más de 115 500 miembros del personal de salud fallecieron por causa de la enfermedad por el coronavirus del 2019 (COVID-19, por su sigla en inglés) en los primeros 18 meses de la pandemia, y 1 de cada 4 han experimentado problemas de salud mental debido a los altos niveles de estrés, los turnos prolongados y la carga excesiva de trabajo, entre otros. Debido a esto, y a las condiciones en los contratos laborales, muchos miembros del personal de salud han considerado abandonar sus funciones o sus trabajos.

Los países de la Región de las Américas enfrentaron la pandemia con escasos RHS; en los cinco países estudiados, la densidad de personal médico y de enfermería por cada 10 000 habitantes es menor en todos los casos que el promedio de la Región y que el umbral crítico, estimado en 44,5 profesionales por cada 10 000 habitantes. En América del Sur, aun antes de la pandemia de COVID-19, existían graves problemas en el ámbito de los RHS, pues la densidad de médicos está entre 10,3 y 25,9 por cada 10 000 habitantes y, en el caso del personal de enfermería, está entre 15,6 y 26,8 por cada 10 000 habitantes. Entre otros, se puede mencionar el déficit de RHS, la distribución inequitativa a nivel subregional, la precarización laboral, el pluriempleo, la pertinencia de la formación con los nuevos requerimientos derivados de la COVID-19 y la ausencia de políticas de desarrollo y planificación. Todos estos problemas se visibilizaron aún más durante la pandemia. En especial, la pandemia puso en relieve la disponibilidad limitada de los RHS, considerados una pieza fundamental para responder a la COVID-19. Esta disponibilidad limitada de los RHS se redujo porque los miembros del personal de salud tuvieron que aislarse, enfermarse o murieron al estar al frente de la respuesta a la COVID-19. Por otra parte, en Ecuador y en Bolivia (Estado Plurinacional de) se observó resistencia de parte de los RHS para atender casos de COVID-19 por temor a contagiarse. Si bien la pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve la escasez de personal de salud, así como su vulnerabilidad frente al riesgo que corre por estar en la primera línea de atención, también ha dado lugar a nuevas formas de contratación, capacitación rápida y protección al personal de salud, en el marco de nuevas regulaciones promulgadas para afrontar la COVID-19.

Si bien hubo iniciativas para evaluar el impacto directo de la pandemia en el personal de salud, todavía falta una visión y un enfoque más completos para comprender la repercusión multifacética de la 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 de política, el Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el apoyo técnico y financiero de la Organización Mundial de la salud (OMS) y con la coordinación de la

Unidad de Recursos Humanos para la Salud, desarrolló los estudios de casos y elaboró el informe *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*. En dicha publicación se 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 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 financiamiento. Los estudios de caso se desarrollaron mediante una metodología estandarizada con base en la guía provisional realizada en el 2020 por la OMS *Políticas y gestión en materia de personal sanitario en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19: orientaciones provisionales, 3 de diciembre de 2020* para detectar el impacto multidimensional de la pandemia sobre los RHS, que incluye infecciones, muertes, salud mental, sobrecarga laboral y reasignación, entre otros; el marco multidimensional de medición del impacto de la COVID-19 en los RHS,<sup>1</sup> el cual se usó para estandarizar la recopilación y el análisis de la información del impacto; y el marco del mercado laboral de salud,<sup>2</sup> que se utilizó como marco de análisis para comprender mejor las diversas políticas y regulaciones que los gobiernos han introducido para administrar los RHS en el contexto de su política de respuesta.



En este informe se analizan el impacto de la COVID-19 en el personal de salud y la respuesta de política en cinco aspectos: **1)** la estrategia de respuesta general aplicada; **2)** la estimación de necesidad de los RHS; **3)** las medidas para mantener o aumentar los RHS; **4)** las medidas de protección y apoyo a los RHS con respecto a seguridad y salud en el trabajo, prevención y control de infecciones (PCI), capacitación y vacunación; y **5)** el financiamiento. En este sentido, el informe contiene una sistematización de las políticas y estrategias que adoptaron los países participantes para enfrentar los desafíos derivados de la COVID-19 en el ámbito de los RHS. Este conocimiento y lecciones aprendidas contribuyen a proporcionar evidencia y establecer las prioridades y los objetivos en consonancia con la protección y el cuidado de la fuerza laboral de salud de toda la Región, así como destacar la necesidad de mejorar la inversión en RHS como estrategia prioritaria para fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud, asegurar su continuidad y óptimo funcionamiento, y el acceso y la cobertura adecuada a la población usuaria.

1 Organización Mundial de la Salud. Weekly epidemiological update on COVID-19. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19--31-march-2021>.

2 Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: fuerza laboral 2030. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254600>.

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

La información apropiada, confiable y oportuna es fundamental para medir el impacto de la 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. Lo anterior requiere un sistema de información y vigilancia del personal de salud para identificar diferentes enfermedades y el riesgo. En el caso de la COVID-19, este sistema de información estuvo ligado a la regulación y realización de pruebas de detección del síndrome respiratorio agudo grave al personal de salud. El proceso de realización de las pruebas fue variable en los países, y dependió de varios factores entre los cuales se encuentran el financiamiento de las pruebas, el reconocimiento de la COVID-19 como enfermedad laboral, la disponibilidad de insumos para realizar y procesar las pruebas, y la definición de a cuál institución le corresponde garantizar la realización de las pruebas.

Desde el inicio de la pandemia hasta abril del 2020, entre 3,27% y 12,62% de los miembros del personal de salud han sido infectados por el coronavirus de tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2, por su sigla en inglés), causante de la COVID-19, de los cuales entre 0,20% y 1,97% han fallecido en los países considerados en este estudio. Por otra parte, la mayor concentración de casos de COVID-19 en Chile, Colombia, Ecuador y Perú se observó entre el personal médico y el personal de enfermería. En Bolivia (Estado Plurinacional de) no se desagregó la información por grupo ocupacional. Sin embargo, las estimaciones de la OMS de infección y muerte por COVID-19 tienden a sugerir que los mecanismos oficiales de notificación no reflejan la escala completa de estos hechos.

## Respuesta de política

Las estrategias utilizadas para abordar los problemas del personal de salud en la respuesta a la COVID-19 se relacionaron con tres pilares para la respuesta a las emergencias de salud en los RHS: **1)** la preparación para dar respuesta inicial a la emergencia sanitaria **2)** el fortalecimiento de los RHS para aumentar la capacidad de respuesta del sistema de salud y **3)** la revisión y actualización de medidas. La planificación de la respuesta inicial a la COVID-19 varió entre países, e incluyó la identificación de la necesidad, la disponibilidad y el déficit de personal de salud, con miras a incrementar la capacidad de respuesta del sistema de salud. Al considerar los cinco países en conjunto, se proyectó un déficit inicial de 34 261 miembros del equipo de salud. Sin embargo, a diciembre del 2020, el personal de salud adicional contratado y proyectado para responder a la pandemia entre los cinco países ascendía a 74 326 personas, equivalente a un valor presupuestado o ejecutado de 950 millones de dólares estadounidenses (US\$). Esta inversión muestra el esfuerzo de los países en los RHS.

En los cinco países se identificaron 10 medidas para mantener o aumentar la disponibilidad del personal de la salud dado que, antes de la pandemia de COVID-19, ya existía escasez de RHS en grupos ocupacionales clave o desequilibrios regionales dentro del país. 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 mecanismos de contratación nuevos o el ajuste de los ya existentes (entre 2,9% y 17,2%), la asignación temporal de los RHS desde los servicios no relacionados con la COVID-19 hacia la atención de pacientes con COVID-19 (entre 2% y 31,1%) y el aumento de la disponibilidad de los RHS mediante el agregado de estudiantes y personas recién graduadas nacionales y extranjeras. Estas tres medidas se aplicaron en los cinco países, con el complemento del agregado de personas jubiladas, voluntarias y miembros de las fuerzas armadas; la cooperación internacional; el servicio social obligatorio y cambios en los turnos de trabajo. Los países establecieron regulaciones para estas medidas, a las que se sumaron incentivos económicos específicos. La tarea más ardua por delante es el desarrollo de mecanismos para absorber a los RHS recién contratados, reducir las brechas prepandémicas y mantener mejoras en sus términos y condiciones de empleo, como los aumentos salariales, que a su vez dependen en gran medida de la identificación de fuentes adecuadas de financiamiento. Por otra parte, es necesario encontrar mecanismos para flexibilizar la asignación de los RHS a los lugares donde más se necesitan, pero sin precarizar sus condiciones laborales. Por último, se deben elaborar estrategias de formación intensiva en capacidades críticas, como el mecanismo de educación continua aunque, en este caso, desde el inicio de la formación de los RHS, a partir de la alianza entre la academia, las organizaciones científicas y el sector de salud.

Los países estudiados implementaron diez medidas para reducir el riesgo de infección, y para prevenir y mitigar los trastornos de salud mental como componente fundamental de la respuesta a la pandemia: aseguramiento de la disponibilidad de equipos de protección personal (EPP), que variaron según el país, la fuente de financiamiento y la entidad responsable de adquirir EPP; la tarea principal fue flexibilizar la normatividad de contratación pública y la descentralización según necesidad; fortalecimiento de la PCI, que se realizó mediante la aplicación de pruebas sistemáticas que priorizaron a los RHS, con periodicidad variable en cada país, guías para la detección de riesgo en los RHS y capacitación en el diagnóstico y el manejo de la COVID-19; mejoras en las condiciones laborales, como bonificaciones y aumentos salariales; seguros de vida (en Bolivia [Estado Plurinacional de], Chile y Perú); reconocimiento de la COVID-19 como enfermedad laboral para los trabajadores de la salud (en Chile y Colombia); detección de los grupos de riesgo (que afectaron la disponibilidad en algunos de los países) por edad, comorbilidad, embarazo y atención a niños pequeños, quienes suspendieron sus actividades y pasaron a labores con menos riesgo de contagio como la telemedicina; aplicación o fortalecimiento de planes de salud mental; priorización del RHS en los planes de vacunación; y capacitación de los RHS y transferencia de las competencias requeridas para el cuidado de esta nueva enfermedad.

Los países definieron estrategias para financiar el costo adicional de las medidas para responder a la COVID-19. En Chile, Colombia y Perú se usaron principalmente recursos existentes en el presupuesto corriente y de inversión del presupuesto general del Estado. En Ecuador, se complementó con recursos de donación y créditos de organismos multilaterales. La principal fuente de financiamiento en Bolivia (Estado Plurinacional de) fue un crédito otorgado previo a la pandemia por parte del Banco Mundial, que fue derivado a estos fines. La inversión se centró en aumentar el número de miembros del personal de salud para abordar los déficits en ciertos grupos ocupacionales o la distribución desigual de los RHS entre las regiones. En muchos casos, las mejoras salariales y los incentivos estaban vinculados a mejores condiciones de trabajo, los incentivos también se ofrecieron para reducir las disparidades regionales.

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

## Conclusiones y desafíos

A pesar de que la información recopilada muestra una situación puntual en el tiempo, es relevante hoy en día, y ayuda a establecer 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 políticas y permite la coordinación entre instituciones dentro del país y dentro de la subregión andina de la OPS, y se transforma así en un bien común para la salud que apoya el análisis entre países. Además, contribuye a la perspectiva mundial, ya que proporciona información sobre los bienes públicos de la OMS y los documentos de orientación provisionales sobre la respuesta a la COVID-19.

A partir de las conclusiones de este estudio, y con el objetivo de apoyar a los países en el diseño y la implementación de estrategias para abordar los problemas del personal de salud durante la COVID-19 y las emergencias sanitarias, la OPS junto con la OMS han impulsado y apoyado un proceso de diálogo para la construcción de políticas, con la participación de los equipos técnicos de los ministerios de salud (MS). Durante este proceso de diálogo, se identificaron cinco temas de interés para profundizar y elaborar acciones políticas sobre la gestión de los RHS, con sus desafíos y lecciones, en el marco del *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023*, aprobado por el 56.º Consejo Directivo de la OPS.



A continuación, se mencionan los temas identificados como prioritarios:

**1. Uso de datos y análisis de información para la planificación de los RHS:** los países incluidos en el estudio contaban, antes de la pandemia, con mecanismos de uso y análisis de la información. En Chile, Colombia, Ecuador y Perú ya se usaban sistemas de información sobre los RHS. En el caso de Bolivia (Estado Plurinacional de), se utilizaba la información sobre la cantidad y las tareas del personal contratado. Por otra parte, Chile, Colombia y Perú contaban con metodologías para estimar las necesidades de RHS. En el caso particular de Chile, este proceso se realiza una vez por año con fines de establecer el financiamiento necesario para reducir la brecha existente. Por último, en Chile, Colombia y Perú ya se habían institucionalizado equipos dedicados al uso y el análisis de la información sobre RHS. A partir de la emergencia sanitaria, se potenciaron estos instrumentos y se crearon otros nuevos.

En general, se detectan las siguientes tareas para disponer de datos y análisis de información de los RHS:

- Fortalecer la gobernanza de los MS en la gestión de la información de los RHS para contar con dicha información y lograr la integración de conceptos.
- Detectar necesidades de información sobre los RHS.
- Adoptar definiciones y terminología estandarizadas.
- Avanzar hacia un sistema de información de recursos humanos para la salud (SIRHS) integrado que incluya los sectores público y privado a nivel nacional y subnacional, y los conocimientos, habilidades y aptitudes de los RHS, lo que implica la interoperabilidad de las fuentes actuales.
- Instalar plataformas tecnológicas y aplicaciones informáticas.
- Definir variables y supuestos para incluir en la metodología de estimación de RHS en el marco de una emergencia sanitaria.

**2. Mejorar la disponibilidad y la distribución de los RHS a nivel subnacional:** las medidas implementadas fueron el traslado de los RHS, los incentivos económicos y el apoyo a las regiones en la convocatoria de los RHS. Estas medidas surgieron por efecto de la pandemia, por lo que su duración depende del tiempo que permanezca la declaración de emergencia sanitaria en cada país. Por lo tanto, es necesario determinar cuáles medidas deberían continuar y cuál es la barrera que existiría para su continuidad, es decir, si depende del tipo de contratación o de los recursos financieros, entre otros factores.

**3. Gobernanza de los RHS:** en los cinco países estudiados, se evidencian importantes ejercicios de gobernanza. Se destaca, por ejemplo, la coordinación para la regulación y adaptación de los objetivos, y el acuerdo sobre la estrategia de utilización y gestión de los RHS en los sectores de salud, educación, trabajo y finanzas para implementar la respuesta a la COVID-19. Estas acciones se diseñaron precisamente para superar los

obstáculos existentes en el país que dificultan disponer del personal de salud necesario para la atención a la población ante la emergencia sanitaria. Además, se vieron acompañadas de la articulación entre el nivel nacional y el local y los sectores público y privado. Es necesario documentar y profundizar estas experiencias para institucionalizarlas y, de esta manera, mejorar la gobernanza integral de los RHS y que no sean meras iniciativas de coyuntura.

**4. Salud mental de los RHS:** se encontró un paquete amplio de medidas implementadas por los cinco países estudiados para mitigar los efectos sobre la salud mental y aumentar el bienestar de los RHS durante la pandemia de COVID-19. Lo anterior refleja la relevancia que tienen las medidas de protección a los RHS para garantizar y dar continuidad a la atención en salud. Las medidas fueron de diferentes tipos: **1)** planes de salud mental, **2)** seguros de vida, **3)** declaración de la COVID-19 como enfermedad laboral, **4)** medidas para disminuir el riesgo y aumentar el bienestar y **5)** capacitación. Por otra parte, si bien se tiene información sobre las medidas implementadas, no se tiene información sobre su impacto en la salud mental de los RHS. Por este motivo, es importante profundizar sobre cuáles han logrado mejorar la salud mental, para establecerlas como buenas prácticas y replicarlas en los demás países de la Región.

**5. Estrategias para la capacitación rápida de los RHS:** los recursos tecnológicos facilitan el acceso a la capacitación, pero no permiten la interacción con el instructor. Es necesario, también, aplicar mecanismos para evaluar las competencias adquiridas, para detectar si se logra el objetivo de capacitación sobre las competencias y se reconozca este aprendizaje para avanzar en la carrera profesional. Por último, es necesario capacitar de forma continua y preparar para un evento de pandemia desde el inicio de la formación de los RHS. Todo lo anterior requiere un trabajo conjunto de la academia con los ministerios de salud y educación.

A partir de las conclusiones del estudio, el diálogo con los países ha permitido las siguientes acciones:

- Intercambiar experiencias sobre las estrategias, abordajes y tareas relacionadas con el impacto de la COVID-19 en los RHS y de las políticas adoptadas por estos países.
- Contribuir a proporcionar evidencia sobre la forma de preparar 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.
- Identificar los temas principales que surgen de esta crisis y discutir posibles acciones de políticas públicas.
- Acordar recomendaciones y acciones de políticas públicas a nivel subregional.

Esta experiencia de trabajo colaborativo con los equipos técnicos de los MS para acordar políticas para el fortalecimiento de RHS puede reproducirse con otros países de nuestra Región y, de esta manera, fortalecer un componente clave para avanzar hacia la salud universal.

# Introducción

El personal de la salud está al frente de la respuesta a la enfermedad por el coronavirus del 2019 (COVID-19, por su sigla en inglés) y, como tal, con alta exposición a diferentes riesgos, que incluyen infección, fatiga, agotamiento, estrés, acoso, violencia física y psicológica, e incluso la muerte. Si bien se han realizado esfuerzos para evaluar el impacto directo de la pandemia en el personal de salud, se ha hecho hincapié principalmente en las infecciones y las muertes. Sin embargo, las estimaciones mundiales de infección por el coronavirus de tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2, por su sigla en inglés) y muerte por COVID-19 muestran que los mecanismos oficiales de notificación no captan la escala completa de estos hechos.

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 (1). Este marco tiene como objetivo proporcionar una comprensión y un enfoque integrales para monitorear el impacto de la COVID-19 en el personal de salud, así como un conjunto de indicadores comunes 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 (OPS) y 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 las dificultades existentes relacionadas con el déficit de los RHS y las medidas implementadas para proteger y apoyar los RHS.

El personal de salud es un factor clave para construir sistemas de salud resilientes y han mostrado

ser fundamentales para responder a la COVID-19. Pero la pandemia ha evidenciado problemas en la disponibilidad de los RHS, la falta de equipos de protección personal (EPP) y condiciones inadecuadas de trabajo. El personal de salud tiene un alto riesgo de infección por SARS-CoV-2 en los servicios de salud debido a la falta o al uso inadecuado de los EPP, el incumplimiento de las normas de prevención y control de infecciones (PCI) o la capacitación insuficiente; estos, entre otros factores, reducen la disponibilidad de los RHS.

En este informe, luego de la introducción, se presenta la parte 1, que describe el método y la fuente de los datos al inicio y continúa con una síntesis de los resultados observados para los cinco países incluidos en el estudio. Luego, en la parte 2 se dedica un capítulo a cada país; cada uno de ellos comienza con una breve descripción del sistema de salud y el análisis de la situación de los RHS antes de la pandemia de COVID-19; en segundo lugar, se analiza el impacto de la COVID-19 en los trabajadores de la salud y, en tercer lugar, se analiza la respuesta de política en cinco aspectos:

- La estrategia de respuesta general implementada.
- La estimación de necesidad de RHS.
- Las medidas para mantener o aumentar los RHS.
- Las medidas de protección y apoyo a los RHS en términos de seguridad y salud en el trabajo, PCI, y capacitación y vacunación.
- El financiamiento.

En la parte final del informe se incluyen las conclusiones y las tareas a futuro de cada país.



# Parte 1.

## Metodología y resultados

### 1. Metodología y fuente de los datos

Al abordar el impacto de la COVID-19 en los RHS y su respuesta de política, es fundamental documentar y comprender las diversas políticas y regulaciones que los gobiernos han introducido para gestionar los RHS y responder a las necesidades y los desafíos impuestos por la pandemia de COVID-19. Comparar las lecciones aprendidas, los hallazgos, las innovaciones y otra información entre los países ayuda a construir y ampliar la base de evidencia existente para reaccionar ante una emergencia sanitaria y desarrollar políticas de gestión del talento humano para construir sistemas de salud más resilientes.

Para realizar estos estudios de caso, la OMS identificó las áreas clave de evaluación registradas en la guía provisional desarrollada por la OMS en 2020 titulada *Políticas y gestión en materia de personal sanitario en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19: orientaciones provisionales, 3 de diciembre de 2020* (2); el marco multidimensional de medición del impacto de la COVID-19 en los RHS (1) el cual se usó para estandarizar la recopilación y el análisis de la información del impacto; y el marco del mercado laboral de salud (3), que se utilizó como marco de análisis para comprender mejor las diversas políticas y regulaciones que los gobiernos han introducido para administrar los RHS en el contexto de su política de respuesta. En esta perspectiva, el estudio apunta a describir seis dimensiones esenciales de las políticas y estrategias de RHS conducidas por los países para hacer frente a las necesidades de control y mitigación de la pandemia de COVID-19, además de propiciar acceso a la atención de salud a la población contagiada. Estas seis dimensiones se describen a continuación:

#### 1. Impacto de la pandemia en el personal de salud:

la OMS insta a que los países realicen actividades para proteger a los RHS (4) por el alto riesgo de contagio de la COVID-19 y por el impacto en la salud mental. Estos últimos son causados tanto de la incertidumbre que aparece al enfrentarse a una patología nueva como la preocupación de exponer a su propia familia a enfermarse, a lo cual se pueden agregar condiciones de sobrecarga de trabajo en contextos de escasez de RHS. Por lo anterior, es relevante conocer cuál es el número de personas contagiadas y fallecidas entre el personal de salud, con datos discriminados por sexo, origen del contagio, tipo de trabajo desempeñado y territorios más afectados. Todo lo anterior se considera siempre en relación con las medidas de protección, las políticas de prevención de riesgos y salud ocupacional, la capacitación del personal, y la organización y gestión del trabajo que cada ministerio de salud (MS) estableció.

#### 2. Planificación y movilización de los RHS para abordar la pandemia:

en este caso, es particularmente relevante conocer la situación de suficiencia o déficit previo de RHS en cada país, las metodologías utilizadas para estimar las necesidades adicionales de personal de salud que requiere la respuesta a la pandemia y los resultados obtenidos con respecto a la cantidad, el perfil profesional, el territorio y la estrategia (tareas epidemiológicas y de trazabilidad, atención primaria de salud (APS) y atención de mayor complejidad).

#### 3. Medidas adoptadas para responder a la COVID-19:

es importante conocer las estrategias que adoptaron los países para suplir los déficits de RHS detectados o mantener su disponibilidad, además de identificar si estas medidas requirieron modificaciones normativas.

**4. Aspectos financieros de las medidas adoptadas:** se trata de dimensionar la inversión adicional en RHS que realizó cada país para dar respuesta a la pandemia, incluido el costo de las medidas de prevención de riesgos y protección de salud ocupacional específicas que se aplicaron.

**5. Medidas organizativas de protección y control de infecciones y de seguridad y salud en el trabajo:** preservar la salud del personal de salud es relevante y reviste un carácter aún más crucial en situaciones de emergencia sanitaria por epidemias. De ello se desprende la importancia de la adaptación de las políticas de salud ocupacional existentes, la aplicación de protocolos de bioseguridad, la entrega oportuna de los EPP necesarios, la introducción de cambios en la organización del trabajo que permitan disminuir el riesgo de contagio, y el impacto de las obligaciones de cuarentena en personal contagiado y sus contactos estrechos en la disponibilidad de RHS, además de la prevención y mitigación de los trastornos de salud mental en el personal de salud.

**6. Lecciones aprendidas y tareas que persisten:** transcurrido casi un año de las declaraciones de emergencia nacional, los MS de los cinco países incorporados en el estudio tienen la posibilidad de entregar un balance parcial de las políticas y estrategias desplegadas en materia de RHS para hacer frente a la pandemia de COVID-19. En ese balance parcial se describen los logros y los obstáculos detectados, se señalan las intervenciones que se aplicaron y aquellas que han tenido poca o ninguna aplicación, los cambios que se consideran útiles para enfrentar nuevos brotes epidémicos y la factibilidad de mantener, en el futuro, parte o la totalidad de la inversión adicional realizada en personal de salud. Este análisis dará como resultado una valiosa cantidad de información sobre las experiencias vividas, que facilitará el intercambio y diálogo fructífero entre los países.

Asimismo, es importante examinar cuál ha sido el foco principal de la estrategia nacional desplegada por cada país para enfrentar la pandemia de COVID-19. Se ha documentado, en varias publicaciones internacionales que, sin perjuicio de los cambios de enfoque que ocurrieron en el transcurso de la pandemia, los países utilizaron básicamente dos tipos de estrategia inicial, que inciden en la focalización de los recursos:

1. Priorizar de forma temprana las pruebas, la trazabilidad y el aislamiento de las personas contagiadas y sus contactos estrechos; esto implicó una movilización importante (y, eventualmente, refuerzo) no solo de los equipos de vigilancia epidemiológica y los laboratorios, sino también del primer nivel de atención de salud.
2. Priorizar de forma temprana el aumento de la capacidad respuesta del sistema de salud a las personas que se enfermaron por COVID-19; esto se tradujo en una asignación inicial de los recursos adicionales y reorganización de la atención de salud orientadas principalmente al incremento de las camas críticas y los equipos de salud correspondientes.

Los criterios de selección para los países fueron los que se describen a continuación:

- 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).<sup>3</sup> Esta categorización es importante, ya que los países miembros desarrollan políticas comunes en diversos grados, en particular relacionadas con los RHS.
- Deben ser países que, dentro de esta subregión, expresen interés en documentar las experiencias y estén dispuestos a revisar y discutir su respuesta a la COVID-19 en los aspectos relacionados con los RHS.

<sup>3</sup> El Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) es un organismo de integración subregional cuyo objetivo es coordinar y apoyar las actividades que realizan los países miembros, de manera individual o colectiva, 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, Perú y Venezuela (República Bolivariana de).

Por lo anterior, se caracterizaron las estrategias iniciales de Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Ecuador y Perú, y sus evoluciones posteriores para analizar las seis dimensiones de políticas y estrategias de los RHS antes señaladas.

Cada estudio de caso siguió un enfoque mixto de recopilación de información y de datos, que incluyó una revisión bibliográfica y documental de las publicaciones 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 recopilaban de varias fuentes, que se mencionan a continuación:

- El portal de datos de las Cuentas Nacionales del Personal de Salud (CNPS) de la OMS (5) para obtener información de densidades de grupos ocupacionales.
- Los sistemas de información y las bases de datos de seguimiento de cada país, para obtener datos sobre casos confirmados y probables y muertes por COVID-19 entre el personal de salud.
- Una revisión documental de las políticas adoptadas durante la pandemia, que incluyó informes de los MS y otras entidades del sector salud, trabajo, educación y economía.
- La información enviada por los MS para avalar y complementar la información sobre el impacto de la COVID-19 en el personal de salud y en diferentes áreas, y las diferentes políticas de respuesta.

A partir de lo anterior se documentó en los países seleccionados el impacto de la pandemia de COVID-19 desde marzo del 2020 hasta abril del 2021. Sin embargo, la fecha disponible de información por tema varía según el país.

Es importante señalar que, de manera inevitable, 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 de los casos confirmados y fallecidos por la COVID-19 entre los RHS. La información recopilada en estos sistemas varía en términos de acceso público a la información.
- Frecuencia de publicación.
- Desagregación de la información por grupo ocupacional a nivel subnacional y por sexo, edad y fuente de contagio.

Además, 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 estimaciones 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 Bolivia (Estado Plurinacional de). Colombia y Ecuador cuentan con una página web en la que se vuelca la información de forma continua, actualizada y abierta al público sobre los casos confirmados y fallecidos de COVID-19 entre el personal de salud por región, grupo ocupacional y edad. Las estimaciones sobre el impacto de la COVID-19 se hicieron con base en datos del 2017 para Colombia y del 2018 para Ecuador.

En Chile, los datos se difunden a través de informes epidemiológicos (6, 7) sobre el impacto de la COVID-19 en los RHS. En estos informes, se realiza un análisis más profundo 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, se desagregan los datos por región y por grupo ocupacional, y se proporciona información actualizada sobre la disponibilidad de los RHS. Si bien esta metodología permite realizar análisis más robustos, sería útil tener la información de forma periódica. Perú cuenta con información detallada, continua y de acceso

abierto sobre la disponibilidad de los RHS a través del Observatorio de Recursos Humanos en Salud (ORHUS). En el caso de Bolivia (Estado Plurinacional de), es fundamental el paso que se dio durante la pandemia para contar con información sobre los RHS al crear la Unidad de Gestión y Administración de RHS. Hasta ese momento, el país no contaba con un sistema de información integral sobre los RHS, sino que se concentraba en las planillas de pago. Por otra parte, se instaló el Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica a nivel nacional para registrar los casos sospechosos y confirmados de COVID-19, con digitalización de ficha epidemiológica (8). Sin embargo, la información aún no es de acceso abierto.

La información disponible se organizó en un borrador enviado a los referentes de la OPS, por país y por puntos focales de los RHS y funcionarios del MS de cada país. Con base en la información contenida en este documento, se organizaron reuniones de validación donde se volvían a revisar los datos y la interpretación y el análisis de dicha información; se realizaron observaciones y se actualizó la información para elaborar el documento final.

El proceso de análisis ha permitido que cada país detecte y analice los desafíos asociados con 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. En definitiva, 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; por lo tanto, es un bien común para la salud que apoya el análisis entre países. Además, contribuye al análisis de los datos a nivel mundial, ya que ofrece información sobre los bienes públicos de la OMS y los documentos de orientación provisionales sobre la respuesta a la COVID-19.

A pesar de que la información recopilada muestra una situación puntual en el tiempo, es relevante hoy en día para establecer acciones políticas para fortalecer a los RHS durante emergencias sanitarias y aumentar la resiliencia del sistema de salud, entre

estas acciones se encuentran las que se describen a continuación:

- Uso de datos y análisis de información para la planificación de los RHS.
- Mejorar la disponibilidad y la distribución de los RHS a nivel subnacional.
- Gobernanza de los RHS.
- Salud mental de los RHS.
- Estrategias para la capacitación rápida de los RHS.

## 2. Síntesis de resultados

En esta sección se resumen y destacan los hallazgos clave de los estudios de caso de la relación entre la COVID-19 y los RHS en cinco países de América del Sur (Bolivia [Estado Plurinacional de], Chile, Colombia, Ecuador y Perú). Se 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 abril del 2021 para enfrentar 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 (en especial, a quienes formulan políticas, a la academia y a quienes se dedican a la investigación) en el diseño e implementación de estrategias para abordar los problemas del personal de salud durante la pandemia de COVID-19 y las emergencias sanitarias, este estudio tiene como objetivo presentar y compartir experiencias sobre la planificación e implementación de políticas para enfrentar los desafíos generados por la COVID-19 en Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Ecuador y Perú, como países integrantes de la subregión andina de la OPS, del Organismo Andino de Salud (ORAS) y de la Organización de Estados Americanos. Las lecciones aprendidas y los desafíos del impacto de la COVID-19 en los RHS y de las políticas adoptadas por estos países contribuyen a proporcionar evidencia sobre la forma de preparar los RHS para responder a una emergencia sanitaria y desarrollar políticas de gestión de los RHS para hacer que los sistemas de salud sean más resilientes.



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

Los efectos en la morbilidad y la letalidad de la COVID-19 han reducido la disponibilidad de los RHS, lo que a su vez afecta la planificación de las estrategias de respuesta para enfrentar la pandemia. Es fundamental contar con información adecuada, confiable y oportuna crítica para medir el impacto de la COVID-19 en los RHS y, de esta manera, planificar y actualizar la respuesta a la emergencia de salud y destinar los recursos necesarios. Por lo tanto, se debe conocer la magnitud en que se reduce la cantidad de personal de salud y tomar medidas en términos de mantener o aumentar su disponibilidad, asegurar su protección física y mental, y capacitar y dotar de los materiales necesario para prevenir la infección por el SARS-CoV-2.

En los países considerados en este estudio, entre 3,27% y 12,62% de los miembros del personal de salud han sido infectados por el SARS-CoV-2, y entre 0,20% y 1,97% han fallecido.<sup>4</sup> **La disponibilidad de los RHS se vio reducida porque se vieron obligados a cumplir con las medidas de aislamiento,<sup>5</sup> enfermaron o murieron a causa de la COVID-19.** En el cuadro 1 se resume la información sobre el impacto de la COVID-19 en los RHS consolidada en el estudio; se debe tener en cuenta que las fechas en la que cada país ha enviado sus respuestas o ha publicado la información son diferentes. Colombia tiene la menor tasa de infección de los RHS, de 3,27% al 10 de diciembre del 2020.<sup>6</sup> Por otra parte, la tasa de infección más alta es la de Ecuador, de 12,62% al 2 de abril del 2021.<sup>7</sup> La letalidad más baja la presenta Chile, con 0,20% al 3 de enero del 2021, y la más alta es la de Bolivia

(Estado Plurinacional de), de 1,97% al mes de abril del 2021. Estos resultados pueden ser afectados por la periodicidad en la que se hacen pruebas de detección viral a los RHS, el nivel de contagio a nivel comunitario en el país, y la comorbilidad y edad de los RHS. Además, hay que tener en cuenta que es probable que la escasez inicial del EPP haya aumentado las tasas de infección de los RHS por el SARS-CoV-2.

Las decisiones de salud pública en relación con los RHS requieren un sistema de información y vigilancia del personal de salud para detectar enfermedades y determinar los riesgos. En el caso de la COVID-19, este sistema de información estuvo ligado a la regulación y realización de pruebas de detección a los trabajadores de la salud. El proceso de realización de pruebas de detección viral varió entre países por causa de diversos factores, entre los cuales se encuentran el financiamiento de las pruebas, el 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 le corresponde garantizar la realización de las pruebas. Por ejemplo, Colombia y Chile introdujeron una regulación para hacer pruebas de detección del SARS-CoV-2 en los RHS cada 15 días y reconocer la COVID-19 como una enfermedad laboral. Por otra parte, en Bolivia (Estado Plurinacional de) no fue posible priorizar las pruebas a los RHS debido al déficit de insumos para realizarlas y procesarlas.

En Bolivia (Estado Plurinacional de), los casos confirmados de COVID-19 en los RHS correspondieron a 11,92% del total de RHS en abril del 2021, con una tasa de letalidad de 1,97%. El porcentaje de casos confirmados de COVID-19 en los RHS con respecto

4 Estos valores corresponden al período de recopilación exhaustiva, análisis y actualizaciones de información, que difiere entre países. En los casos donde esté disponible se incluirán notas de actualización, con la aclaración de que no se dispone del mismo nivel de desagregación de la información que lo logrado durante el período de estudio.

5 Por ejemplo, en Colombia, al 10 de diciembre del 2020, aproximadamente 0,9% de los casos confirmados entre los RHS estaban aislados, lo que representa 0,03% del total de los RHS. Para más información, véase el Boletín de Prensa N.º 1007 del 10 de diciembre del 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Van-364-mil-millones-girados-como-bonificacion-a-trabajadores-de-la-salud.aspx>.

6 Al 28 de abril del 2022, la tasa de infección había aumentado a 8,44%. Para más información, véase: Ministerio de Salud. Características del personal de salud confirmados y probables de COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 12 de enero del 2021. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21\\_Informe-PS-COVID-19.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21_Informe-PS-COVID-19.pdf).

7 Sin embargo, es importante señalar que es inevitable que existan 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 de Perú corresponde a 22,48% en abril del 2021, que es mayor que la tasa de infección de Ecuador en el mismo mes y año, a pesar de que solo corresponde a información sobre el sector público. Para más información, véase: Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica: enfermedad por coronavirus (COVID-19). Washington D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-14-abril-2021>.

a la población total se estima en 7,53% (7), con base en la fecha de corte el informe de casos (1).<sup>8</sup> A pesar de que dicho valor puede estar subestimado<sup>9</sup> por la falta de seguimiento de los casos de COVID-19 en los RHS, es la mayor proporción en los cinco países.

La importancia de las decisiones políticas en relación con la aplicación de pruebas de detección de SARS-CoV-2 se puede observar en el caso de Chile. Del total de los RHS, 8,22% ha sido afectado por la COVID-19 al 3 de enero del 2021, en comparación con 3,6% de la población. 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 (9); esto muestra el foco puesto en la PCI. En este país, la tasa de letalidad en los RHS es de 0,2%, muy por debajo del valor de 2,7% encontrado para la población general. Una de las posibles explicaciones es el mejor estado de salud de los RHS, con menos comorbilidades y menor edad promedio con respecto a la población general (9). Con respecto a los casos confirmados en la población total, los casos confirmados de los RHS representan 7,39% al 3 de enero del 2021; este porcentaje es el segundo más alto de los cinco países, solo por debajo del de Bolivia (Estado Plurinacional de).

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 han disminuido (de 2,4% en abril del 2020 a 0,47% en abril del 2021). A pesar del aumento de más del doble de los casos confirmados de los RHS en cuatro meses, la tasa de letalidad es de 0,47% (con 103 personas fallecidas en diciembre del 2020 y 267 personas fallecidas al 28 de abril del 2021) (10). El aumento en la tasa de infección en este país podría estar influenciado por el tercer pico de contagio del país, ya que pasó de 3,27% (al 10 de diciembre del 2020) a 8,44% (al 8 de abril del 2021) (9). En este país se tiene información sobre la fuente de transmisión, y se encontró que, del total de casos de COVID-19 entre los RHS, 62%

desarrolló una infección después de la exposición asociada con la provisión de servicios de salud, y 19% después de la exposición en la comunidad. Por otra parte, se observó que la fuente de transmisión varía según el grupo ocupacional, pues en más de 70% del personal médico y de enfermería<sup>10</sup> y otros grupos ocupacionales directamente involucrados en el tratamiento de la COVID-19, la fuente de transmisión se asocia con el lugar de trabajo. Por el contrario, los profesionales de la salud que pertenecen a grupos ocupacionales de las disciplinas de psicología, química o farmacia muestran mayor tasa contagio comunitario (10).

En Ecuador, al 2 de abril del 2021, la proporción de casos confirmados entre los RHS fue de 12,62% (la cifra más alta de los cinco países); pero cuando se analizan los casos confirmados de los RHS con respecto a la población general, la proporción es de 3,47%, por encima únicamente de Colombia en cerca de 2 puntos porcentuales. La tasa de letalidad de los RHS es de 1,01%, cinco veces más alta que en Chile (al 3 de enero del 2021) y el doble de Colombia (al mes de abril del 2021). De manera similar a lo que ocurrió en todo el mundo, Ecuador debió garantizar la disponibilidad de EPP mediante la agilización de la normativa de compras públicas y compras desconcentradas a nivel de centros de atención sanitaria.

Los casos confirmados entre el personal de salud en el sector público de Perú fueron 24 922 al mes de agosto del 2020, que representan 9,8% de los RHS del sector público en el mismo mes. En abril del 2021, el país notificó 57 901 casos confirmados en los RHS del sector público (1); es decir que esta proporción aumenta a 22,48% con base en el último dato disponible de los RHS del sector público al mes de diciembre del 2020. La tasa de letalidad fue de 1,22% al mes de agosto del 2020, con 305 personas fallecidas. Para abril del 2021 se notificaron 1001 fallecidos, correspondientes a 1,73% de los casos confirmados de los RHS (1). Al mes de agosto del 2020, 3,79% de los casos confirmados

<sup>8</sup> Calculado a partir de los casos confirmados totales al 13 de abril del 2021 (N = 284 183); se debe tener en cuenta que se desconoce la fecha de notificación del país a la OPS, por lo que se usa la fecha de corte de la actualización epidemiológica de la OMS.

<sup>9</sup> Esta sería la situación si el número de casos confirmados fuera de una fecha anterior al 13 de abril del 2021; en este caso, la notificación de casos de COVID-19 sería inferior.

<sup>10</sup> Incluye al personal profesional y auxiliar de enfermería y demás grupos ocupacionales relacionados.

de COVID-19 de la población total corresponden a personal de la salud. Al mes de abril del 2021, se observó un leve descenso a 3,47% (1). En el cuadro 1 se describe, en cifras, el impacto de la COVID-19 en los RHS.

**Cuadro 1.** Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud

	Bolivia (Estado Plurinacional de)	Chile <sup>3</sup>	Colombia	Ecuador <sup>7</sup>	Perú <sup>f</sup>
Fecha del dato <sup>a</sup>	13 de abril del 2021 <sup>e</sup>	3 de enero del 2021	10 de diciembre del 2020 <sup>4</sup>	2 de abril del 2021	31 de agosto del 2020 <sup>g</sup>
Casos confirmados en los RHS	21 410 <sup>e</sup>	52 241	21 832 <sup>4</sup>	11 507	24 922 <sup>g</sup>
Total de RHS	179 667 <sup>1</sup>	635 609	666 727 <sup>5</sup>	91 205 <sup>8</sup>	249 459 <sup>9</sup>
Tasa de infección de los RHS <sup>b</sup>	11,92%	8,22%	3,27%	12,62%	9,84%
Fallecidos en los RHS	421 <sup>e</sup>	102	103 <sup>4</sup>	116	305 <sup>g</sup>
Tasa de letalidad de los RHS <sup>c</sup>	1,97%	0,20%	0,47%	1,01%	1,22%
Casos confirmados en la población general	284 183 <sup>2</sup>	706 921	1 392 133 <sup>6</sup>	332 038	657 129 <sup>10</sup>
Porcentaje de casos en los RHS en relación con los casos confirmados en la población general <sup>d</sup>	7,53%	7,39%	1,57%	3,47%	3,79%

RHS: recursos humanos para la salud.

**Notas:**

- a Fecha en la que cada país ha enviado sus respuestas o ha publicado información.
- b Tasa de infección de los RHS = casos confirmados en los RHS / total de RHS.
- c Tasa de letalidad de los RHS = fallecidos en los RHS / casos confirmados en los RHS.
- d Porcentaje de casos de los RHS sobre casos totales = casos confirmados en los RHS / casos confirmados en la población total.
- e Se desconoce la fecha de notificación del país, por lo tanto, se usa la fecha de corte del informe. Para más información, véase: Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica al 31 de marzo del 2021: enfermedad por coronavirus (COVID-19), 14 de abril del 2021. Washington D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-14-abril-2021>.
- f La información sobre casos confirmados y fallecidos en los RHS y el total de RHS corresponde únicamente al sector público.
- g Respuesta del Ministerio de Salud de Perú al cuestionario remitido por la OPS para los propósitos de este estudio recibida el 21 de octubre del 2020.

**Fuentes:**

- 1 Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de). Plan de vacunación contra el coronavirus COVID-19. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2021. Disponible en <https://oiss.org/wp-content/uploads/2021/04/PLAN-DE-VACUNA-COVID19.pdf>.
- 2 Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de). Reporte N.º 394, 14 de abril del 2021. Reporte de COVID-19 en Bolivia. La Paz: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en [www.minsalud.gob.bo/es/5452-reporte-covid-19-1-099-nuevos-casos-9-221-pruebas-negativas-y-465-896-dosis-de-la-vacuna-contra-el-virus-fueron-aplicadas-hasta-la-fecha](http://www.minsalud.gob.bo/es/5452-reporte-covid-19-1-099-nuevos-casos-9-221-pruebas-negativas-y-465-896-dosis-de-la-vacuna-contra-el-virus-fueron-aplicadas-hasta-la-fecha).
- 3 Ministerio de Salud de Chile. Informe epidemiológico, 12 de enero del 2021. Características del personal de salud confirmados y probables de COVID-19. Santiago de Chile: MS Chile; 2021. Disponible en [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21\\_Informe-PS-COVID-19.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21_Informe-PS-COVID-19.pdf).
- 4 Instituto Nacional de Salud. Boletín N.º 56, 10 de diciembre del 2020. COVID-19 en personal de salud en Colombia. Bogotá: INS; 2020. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-personal-salud.aspx>.
- 5 Observatorio de Talento Humano en Salud de Colombia. Indicadores básicos. Bogotá: Ministerio de Salud. Disponible en <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Indicadores.aspx>. Datos al 2017.
- 6 Instituto Nacional de Salud. COVID-19 en personal de salud en Colombia. Reporte del 30 de abril del 2021. Bogotá: INS; 2020. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-personal-salud.aspx>.
- 7 Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Comportamiento de la COVID-19 en Ecuador. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2021. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/coronavirus-covid19-ecuador/>.
- 8 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro estadístico de recursos y actividades de salud, 2018. Quito: INEC; 2020. Disponible en [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadísticas\\_Sociales/Recursos\\_Actividades\\_de\\_Salud/RAS\\_2018/Principales\\_resultados\\_RAS\\_2018.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadísticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2018/Principales_resultados_RAS_2018.pdf).
- 9 Ministerio de Salud. Observatorio de RHS de la Dirección General de Personal de la Salud. Lima: DIGEP; 2020. Disponible en <http://digep.minsa.gob.pe/>. Datos a agosto del 2020.
- 10 Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Perú. Situación actual "COVID-19". Lima: DGE, 2020. Disponible en <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus310820.pdf>. Datos al 31 de agosto del 2020.

Analizar cómo varía la cantidad de casos confirmados entre los diferentes grupos ocupacionales del personal de salud es importante para el desarrollo de guías de PCI para detectar a los miembros del personal de salud con mayor riesgo de contagio durante una emergencia sanitaria y la estimación del déficit de disponibilidad de los RHS por este motivo. Los grupos ocupacionales que concentraron más casos<sup>11</sup> de COVID-19 en Chile, Colombia, Ecuador y Perú fueron el personal médico y el de enfermería.<sup>12</sup>

- **Chile:** 79,1% del total de casos confirmados de COVID-19 en los RHS se concentra en tres grupos ocupacionales: personal auxiliar paramédico (50,8%),<sup>13</sup> personal profesional de enfermería (17,5%) y personal médico (11,3%) (9).
- **Colombia:** aproximadamente 69,3% del total de casos confirmados de COVID-19 en los RHS se concentra en cuatro grupos ocupacionales: personal auxiliar de enfermería (31,5%), personal médico (13,74%), personal administrativo (13,2%) y personal profesional de enfermería (10,9%) (10).
- **Ecuador:** 88,5% de los casos confirmados de COVID-19 se concentra en tres grupos ocupacionales, que corresponden al personal médico (48,7%), personal profesional de enfermería (23,8%) y personal auxiliar de enfermería (15,7%) (11).
- **Perú:** entre el personal de salud, 63,6% de los casos confirmados de COVID-19 se concentra en tres grupos ocupacionales: personal técnico asistencial (31,6%), personal profesional de enfermería (20,6%) y personal médico (11,4%).<sup>14</sup>

**La distribución de casos confirmados por grupo ocupacional y la tasa de infección dentro del grupo ocupacional<sup>15</sup> son datos útiles para detectar una menor disponibilidad de profesionales de la salud de este grupo ocupacional.** Por ejemplo, en el caso del personal de enfermería, 11% de los casos confirmados entre los RHS son profesionales de enfermería en Colombia, y esta cifra es de 17,5% en Chile. Cuando se analiza el porcentaje de casos en profesionales de enfermería como proporción del total disponible de este grupo ocupacional se observa que pasa a ser el más afectado en ambos países (3,8% en Colombia y 13,6% en Chile). Esto se puede interpretar como una menor disponibilidad de profesionales de enfermería en comparación con otros grupos ocupacionales como personal médico en Colombia y el personal auxiliar paramédico en Chile.

En el caso de Ecuador, los profesionales del área de psicología tienen la mayor tasa de infección dentro del grupo ocupacional, con 31,5%, seguidos del personal médico (14%) y los profesionales de odontología, que están en tercer lugar, con 12,4%. De forma similar, en Perú, el personal no asistencial tiene la mayor tasa de infección ocupacional (13,51%). Si se tiene en cuenta que entre las labores de los profesionales de las áreas de psicología y odontología y el personal no asistencial no se incluye la atención de pacientes contagiados con el SARS-CoV-2, este resultado requiere un mayor estudio en el que se incluya el medio en que se contagió, el estado de salud, la edad y la composición de equipos, entre otros. No se tiene información a este nivel de detalle en Bolivia (Estado Plurinacional de), pues no lleva seguimiento público y centralizado a los casos confirmados entre los RHS.

11 Bolivia (Estado Plurinacional de) no tiene información a nivel de grupo ocupacional.

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

13 Corresponden a personal auxiliar paramédico de odontología, farmacia, alimentación, enfermería, radiología e imagenología, laboratorio clínico y servicios de sangre, esterilización y anatomía patológica. Para más información, véase: Decreto N.º 90/2015, del 15 de diciembre. Aprueba el reglamento para el ejercicio de las profesiones auxiliares de la medicina, odontología, química y farmacia y otras. Santiago de Chile: Congreso Nacional; 2015. Disponible en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1099220>.

14 Respuesta del Ministerio de Salud de Perú al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio, recibida el 21 de octubre del 2020.

15 La tasa de infección es la relación entre el número de casos confirmados por grupo ocupacional sobre el total de los RHS disponibles en dicho grupo ocupacional.

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

En Ecuador y en Bolivia (Estado Plurinacional de) se observó resistencia de los RHS para atender casos de COVID-19 por temor a contagiarse y por las condiciones del contrato laboral, que derivaron en renunciadas. En el caso de Bolivia (Estado Plurinacional de) hay contratos cuya duración es de tres meses (con posibilidad de renovación), lo cual no generaba incentivos para continuar con la provisión de servicio a pesar de poner en riesgo su salud. Por supuesto, lo anterior se sumó a la falta de EPP, que aumentaba el temor de contagiarse.

**Por otra parte, la falta de EPP, la inestabilidad laboral las condiciones de trabajo y la falta de pago de la remuneración fueron motivo de movilizaciones de los RHS en todos los países.**

Otra razón que generó que los RHS se movilaran en contra del Gobierno Nacional en Bolivia (Estado Plurinacional), Colombia y Ecuador fue la legislación que se promulgó con el fin de hacer frente a la pandemia de COVID-19.

En Bolivia (Estado Plurinacional de) hubo movilizaciones en rechazo a tres pautas que contiene la Ley de Emergencia Sanitaria con respecto a: **1)** prohibir la “interrupción de los servicios de salud” a causa de huelgas, protestas o manifestaciones del sector médico; **2)** abrir la posibilidad de contratar personal médico que haya terminado sus estudios fuera del país y **3)** que el Gobierno central tenga injerencia en las competencias de entes locales en caso de que estos se vean rebasados por la emergencia.

El Decreto Presidencial 538 del 12 de abril del 2020 en Colombia hizo un llamado obligatorio a todo el personal de salud, lo que causó movilizaciones con el argumento de que el decreto no contempló la disponibilidad adecuada de EPP (12).

La reglamentación del artículo 25 de la Ley de Apoyo Humanitario en Ecuador, específicamente los artículos 10 y 40 del Decreto Ejecutivo 1165 del 5 de octubre del 2020, ha causado que el personal de salud anuncie movilizaciones, puesto que a pesar de que esta ley establece el mecanismo para



el nombramiento definitivo de todos los RHS que trabajaron durante la emergencia de salud por la COVID-19, su aplicación establece que los nombramientos se efectivizarán de manera paulatina según la justificación de la necesidad y la disponibilidad presupuestaria (13).

El RHS ha tenido que enfrentar agresión verbal, discriminación, violencia física y amenazas de muerte a la salida del lugar de 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 (14).

## 2.2. Respuesta de política

**Los cinco países tuvieron que afrontar la emergencia de salud por la COVID-19 con escasez de personal de salud en grupos ocupacionales clave o con desequilibrios regionales dentro del país.** A esto se sumó que una gran cantidad de miembros del personal de salud cumplieron con las medidas de aislamiento, enfermaron o murieron por COVID-19, o sufrieron efectos sobre su salud mental, con condiciones laborales precarias que afectaron de manera negativa su disponibilidad.

Entre marzo y diciembre del 2020, los cinco países han aplicado varias medidas para mantener o aumentar la disponibilidad de los RHS para hacer frente a la emergencia de salud. **Las políticas para el personal de salud tienen como objetivo facilitar la contratación y el despliegue de personal adicional y la redistribución del personal existente.** Algunas de ellas incluyen: crear vías de contratación más rápidas o permitir la contratación de profesionales independientes, que a menudo se basan en la legislación de emergencia; reorganizar turnos; introducir cambios de tareas; y reasignar personal dentro de las instalaciones o en las diferentes regiones.

### 2.2.1. Estrategia general implementada

Desde enero del 2020, los cinco países estudiados implementaron medidas y protocolos dirigidos a reforzar la vigilancia de salud, el tamizaje y el control de fronteras. Una vez que se caracterizó la COVID-19 como una pandemia y se detectaron

casos importados, cada país declaró la emergencia de salud por esta enfermedad y definió 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 de COVID-19, ya que tiene consecuencias diferentes en la focalización de recursos y sobre los resultados. Sin perjuicio de los cambios de foco que ocurrieron en el desarrollo de la pandemia, la bibliografía internacional ha documentado que los países aplicaron dos tipos de estrategia:

1. Priorizar de manera temprana las pruebas, la trazabilidad y el aislamiento de las personas contagiadas y sus contactos estrechos, lo que implicó una gran movilización (y, eventualmente, el refuerzo) no solo de los equipos de vigilancia epidemiológica y los laboratorios, sino también del primer nivel de atención en salud.
2. Priorizar de manera temprana el 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 orientadas sobre todo al incremento de las camas de cuidados críticos y los equipos de salud correspondientes.

**Los cinco países priorizaron la segunda estrategia y pusieron el foco principal en el aumento de la capacidad respuesta del sistema de salud para atender a las personas que se enfermaron por COVID-19 mediante el aumento de la capacidad hospitalaria. Así, establecieron un incremento de las camas en las unidades de cuidado intensivo, intermedios y de sala común, 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.

En Bolivia (Estado Plurinacional de), además de estas medidas se incluyó el fortalecimiento de todo el sistema de salud a nivel nacional, y se destinaron recursos para el primer nivel de atención, que

corresponde a 50% de los RHS contratados. La OPS brindó su apoyo al Ministerio de la Salud y el Deporte de Bolivia (Estado Plurinacional de) (MS Bolivia) en la definición de los grupos y niveles a ser fortalecidos, así como la brecha a ser cubierta con base en la proyección de necesidades.<sup>16</sup>

De frente a la segunda ola de contagios, aproximadamente cuatro a cinco meses después del inicio de la pandemia, hubo un cambio en el foco de atención y se priorizó el primer tipo de estrategia, con fortalecimiento de las tareas relacionadas con las pruebas de detección, la trazabilidad y el aislamiento en la población mediante acciones a nivel de la APS coordinada con el personal de salud ya involucrado. En Bolivia (Estado Plurinacional de) se creó la Estrategia de vigilancia comunitaria activa, con la cual se asignó más apoyo y desarrollo al primer nivel de atención (8). En Chile, en el mes de junio del 2020, se estableció la Estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento (15). En Perú, en septiembre del 2020, se instalaron 17 centros rápidos de atención temporal para el descarte oportuno y la atención de casos por COVID-19 (16).

## 2.2.2. Mejorar la disponibilidad de los recursos humanos para la salud

### 2.2.2.1. Detectar las necesidades 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 detección de recursos adicionales, entre otros, del personal de salud. En el caso de los cinco países estudiados, **la necesidad de los RHS para atender la demanda por la COVID-19 se calculó en términos de la capacidad de respuesta planificada** con base en el número de camas hospitalarias y unidades de cuidados intermedios e intensivos adicionales para atender un número de casos proyectados. En algunos países se tuvo en cuenta la reducción

de 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 MS. En el caso de Bolivia (Estado Plurinacional de), la OPS brindó su apoyo al MS Bolivia en la definición de los grupos ocupacionales para fortalecer la respuesta 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 (17).

### **En conjunto, en los cinco países se proyectó un déficit de 34 261 miembros del personal de salud.**

En Ecuador se detectó el número más bajo, con 2850 profesionales de la salud (3,12% del total de RHS) (18) y, en Chile, el mayor con 17 439 profesionales de la salud (2,74% de los RHS al 30 de noviembre del 2020).<sup>17</sup> Con respecto al total de los RHS, en Colombia se estimó la menor necesidad adicional (0,54% del total de los RHS, que correspondió a 3608 profesionales de la salud) (19) y, en Bolivia (Estado Plurinacional de), se detectó la mayor necesidad de agregar personal de salud (4,17% del total de los RHS, con 7484 profesionales de la salud).<sup>18</sup> En el caso de Perú, se estimó una necesidad inicial por tres meses de 2880 profesionales de la salud que representan 1,34% de los RHS del sector público a marzo del 2020 (20).

### **Con excepción de Colombia, la estimación de la necesidad se hizo para el sector público del sistema de salud.**

En Perú y en Bolivia (Estado Plurinacional de) se preparó una respuesta inicial para atender casos con diagnóstico presuntivo, probables y confirmados de COVID-19 en los establecimientos públicos, por un período inicial de tres meses. En Bolivia (Estado Plurinacional de) se calculó un requerimiento de 7628 personas de los RHS adicionales para atender 39 000 casos.<sup>19</sup> Es importante destacar que los casos de COVID-19 sobrepasaron ampliamente las proyecciones sobre el requerimiento de los RHS para atender la demanda.

<sup>16</sup> Respuesta del Ministerio de Salud de Chile al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio.

<sup>17</sup> *Ibidem*.

<sup>18</sup> Respuesta del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio.

<sup>19</sup> *Ibidem*.

En esta respuesta inicial, en Perú se calculó un requerimiento de 2610 profesionales de la salud y 270 no asistenciales (21).<sup>20</sup>

En Colombia y en Chile, se utilizaron elementos de la estrategia general diseñada para enfrentar a la COVID-19 para estimar la cantidad necesaria de RHS para atender la demanda durante la pandemia. En particular, el sector público de Chile estima de manera periódica el déficit de RHS. El modelo y las estimaciones realizadas fueron la base para calcular 17 439 miembros adicionales del personal de salud dotar y reforzar los RHS.<sup>21</sup> Asimismo, estas estimaciones también sirvieron como base para contar con los recursos adicionales y el marco legal requerido para la aplicación de las estrategias asistenciales definidas en el plan de acción para atender a las personas con COVID-19. Aunque la respuesta en Chile involucraba tanto al sector público como al privado, las necesidades de RHS se proyectaron en términos del personal de salud requerido por el sector público.

Por su parte, Colombia también estimó la disponibilidad y el requerimiento de los RHS. La disponibilidad de personal sanitario priorizado se calculó en 435 547 miembros adicionales entre terapeutas y personal médico y de enfermería<sup>22</sup> que podrían atender a las personas con COVID-19 (20). A través del *Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)* (21), que incluye cuatro fases según la evolución de la pandemia, se estimó el requerimiento de personal de salud, así como el déficit por grupo ocupacional para cada fase. De esta manera, para la fase 4 se detectó un requerimiento de 85 345 profesionales de la salud y un déficit de 3608 especialistas en cuidados intensivos de adultos y pediátricos, medicina interna, anestesiología y cirugía general.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MS Ecuador) estimó los requerimientos de RHS con base en el modelo de atención de salud por cantidad de pacientes atendidos, por medio del cual se previó contratar 2850 nuevos profesionales de la salud; para esto, se puso en marcha un proceso de optimización de los RHS de la institución, que consistía en reducir el personal administrativo para aumentar el personal asistencial (18).

Las proyecciones de la necesidad de RHS para atender la demanda por COVID-19 realizadas en Chile y Colombia tuvieron en cuenta que la disponibilidad de personal sería afectada de forma negativa por el aumento de la infección de los RHS y por la existencia de grupos de mayor riesgo, como las mujeres embarazadas, las personas con comorbilidades, las personas mayores y quienes tienen al cuidado niños pequeños (19). La existencia de estos grupos de riesgo no fue tomada en cuenta en las estimaciones realizadas en Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador y Perú. En el primero de estos países, los grupos de riesgo redujeron la disponibilidad de los RHS en 30% a 40%, de manera que las nuevas contrataciones, estimadas en 32%, no alcanzaron a cubrir el incremento del déficit por licencias dadas a los grupos de riesgo.<sup>23</sup> En Perú, la reducción fue de 14,9%.<sup>24</sup> En Ecuador, se observó un aumento del déficit de RHS, aunque no fue cuantificado.<sup>25</sup>

### 2.2.2.2. Medidas para mantener o aumentar los recursos humanos para la salud

Es importante conocer y documentar las estrategias que adoptaron los países para suplir la necesidad de personal de salud, y si estas medidas requirieron modificaciones normativas para contribuir al desarrollo de nuevas políticas que contribuyeran a fortalecer los sistemas de salud. En este sentido, se observó que **los cinco países han establecido reglamentaciones que**

20 Ya en diciembre del 2020 se habían contratado 44 207 profesionales de la salud en el sector público.

21 Respuesta del Ministerio de Salud de Chile al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio.

22 Incluye a profesionales y auxiliares de enfermería y demás grupos ocupacionales relacionados.

23 Respuesta del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio.

24 Respuesta del Ministerio de Salud de Perú al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio.

25 Respuesta del Ministerio de Salud de Ecuador al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio.





**tienen como objetivo facilitar la contratación y el despliegue de personal adicional y la redistribución del personal existente.** A continuación, se resumen las medidas aplicadas:<sup>26</sup>

- Crear vías de contratación más rápidas y eficaces, simplificar o eliminar procedimientos, permitir que se realicen más contratos de profesionales independientes y permitir la contratación directa. En Bolivia (Estado Plurinacional de) esta medida representa 6777 RHS contratados de los 7628 programados con financiamiento del Banco Mundial, en Chile se contrataron 19 027 a agosto del 2020, Ecuador contrató 3087 personas al mes de noviembre del 2020, en Perú se han contratado 44 207 al mes de diciembre del 2020 mediante un tipo de

contratación particular denominado contrato de administración de servicios (CAS-COVID), y en Colombia no hay cuantificación de los contratos realizados.

- Asignar, de manera transitoria, RHS a la atención exclusiva de casos de COVID-19. Esta estrategia fue utilizada en los cinco países y muy representativa en Colombia (se agregaron 78 300 profesionales de la salud, equivalentes a 10,2% del total de RHS), Ecuador (se agregaron 10 000 al mes de noviembre del 2020) y Perú (se agregaron 80 202 al mes de agosto del 2020). En Bolivia (Estado Plurinacional de) se reasignaron 3600 trabajadores y en Chile no fue cuantificado. Esto implicó la interrupción total o parcial de servicios y atenciones esenciales no relacionadas con la COVID-19, tales como intervenciones quirúrgicas posibles de ser reprogramadas y controles de pacientes con enfermedades crónicas.
- 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 Perú. Solo en este último se cuantificó el número de profesionales de la salud agregados, que fue de 11 662 al mes de agosto del 2020.
- Contratar a miembros del personal de salud recién graduados o estudiantes cerca de graduarse. En el caso de Bolivia (Estado Plurinacional de), se facilitó la contratación de recién egresados (220) y se incorporó estudiantes en práctica (300); en Chile se contrataron estudiantes que cursaban los últimos semestres; en Colombia se graduaron estudiantes del área de la salud de manera anticipada (1523) (22) y en Perú se dio por terminado, también de manera anticipada, la residencia médica en especialidades clave (se incorporaron 5048 profesionales al mes de agosto del 2020) y se eliminaron de forma transitoria los trámites de titulación para quienes se graduaban en carreras relacionadas con la salud para proceder a su contratación.

<sup>26</sup> Respuestas al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio por los ministerios de salud de los países mencionados. Datos al 2020.

- Ampliar el acceso a los mecanismos de servicio que son requisitos de graduación. En el caso de Chile, se suspendió la asistencia académica para priorizar la atención de los profesionales de las áreas de medicina y odontología en el ciclo de destinación y formación (4000); en Colombia se aumentó las plazas disponibles en el servicio social obligatorio (2730) (22) y en Perú se facilitó el acceso al servicio rural y urbano marginal en salud, incluso a quienes habían estudiado en el extranjero.
- Facilitar que aquellos profesionales de la salud que hicieron sus estudios en el extranjero pudieran ejercer, ya sea acelerando la convalidación del título, como en el caso de Colombia, o sin la convalidación como sucedió en Chile y Perú.
- Los mecanismos de cooperación internacional permitieron contar con equipos de profesionales de la salud. En Colombia, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados 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, se logró la contratación de 105 profesionales de la salud por seis meses (23). Perú recibió apoyo del Ministerio de Salud Pública de Cuba a través de 85 profesionales de la salud y de la organización no gubernamental (ONG) Médicos Sin Fronteras, con siete profesionales de la salud especializados
- Permitir que el personal de salud jubilado vuelva a ejercer. En Colombia, fueron profesionales de la salud pensionados menores de 60 años. En Chile, incluyó tanto a los exfuncionarios que se acogieron 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 incluidos los turnos, por un total de hasta 22 horas semanales (24), que correspondieron a 1500 profesionales de la salud (25).
- Recibir apoyo del personal de salud vinculado a las Fuerzas Armadas; en el caso de Colombia, específicamente de quienes estaban jubilados, y en Chile (según información brindada por el delegado del MS Chile en la reunión celebrada el 24 de agosto del 2021) y Ecuador, de personal que aún estaba en ejercicio (1523 al mes de noviembre del 2020).
- Establecer el voluntariado de recién egresados y estudiantes de áreas de la salud a través de acuerdos con las universidades, como se hizo en Bolivia (Estado Plurinacional de) (450 recién egresados) y en Chile (1000 estudiantes).
- Suscribir convenios de cooperación interinstitucional entre el MS Ecuador e instituciones de educación superior para que médicos posgraduados<sup>27</sup> provean sus servicios como parte de su formación en los hospitales pertenecientes a la Red Integral de Salud Pública y la Red Complementaria.
- Los cinco países estudiados utilizaron estrategias para superar la distribución desigual de RHS entre las regiones. Bolivia (Estado Plurinacional de) reasignó RHS de programas nacionales como TeleSalud y Salud familiar y comunitaria hacia los departamentos con más casos de COVID-19, como es el caso de Santa Cruz y Beni. Chile envió RHS de apoyo desde la Región Metropolitana de Santiago a las regiones de Antofagasta (norte del país) y Magallanes (extremo sur). En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (MS Colombia) realizó una convocatoria para regiones con escasez de RHS, además de ajustar los sueldos del personal de salud en algunas regiones para obtener los RHS necesarios. En Ecuador, se apoyó las zonas con semáforo rojo epidemiológico (en primer lugar, Guayaquil, luego Quito y, por último, pequeñas ciudades). Perú implementó brigadas itinerantes de personal médico y de enfermería y otros profesionales de la salud, constituidas por 332 profesionales de Perú y 85 de Cuba, para apoyar las zonas críticas del país.

<sup>27</sup> Hace referencia a personal médico que se está especializando, y que en su programa de formación debe cumplir un total de aproximadamente 20 000 horas de formación entre horas asistenciales y académicas.

Es importante destacar que estas medidas estuvieron acompañadas de incentivos económicos específicos. En los casos de Chile, Colombia y Ecuador, se otorgaron en una única oportunidad, más temprano en Colombia que en Chile y Ecuador, y en Perú se hizo de forma mensual desde abril del 2020 hasta marzo del 2021 (26). La población beneficiaria de estos incentivos en Chile corresponde a más de 220 000 miembros del personal de salud (27), que incluye al personal de APS, a los servicios de salud y los establecimientos de salud de carácter experimental, por valor de 200 000 pesos chilenos (CLP) (equivalentes a US\$ 272) (27), además un aumento de hasta 30% del valor de la hora de trabajo como incentivo en el contexto de la emergencia sanitaria (28). En Colombia, la población objetivo se estima en 247 504 miembros del personal de salud (29) que atienden personas con diagnóstico presuntivo o confirmado de COVID-19, y cobran un valor equivalente a entre 1 y 4,5 salarios mínimos mensuales legales vigentes (US\$ 259-1036) (30). El monto del incentivo en Ecuador es de US\$ 200 para 325 787 servidores públicos, incluidos los trabajadores de APS, entre otros (31).

En Perú, se estableció un paquete de tres tipos de bonificaciones (32) dirigidas a personal vinculado mediante la modalidad de contrato de administración de servicios COVID (CAS-COVID)<sup>28</sup> por valor de 720 soles peruanos (S/) (equivalentes a US\$ 200), personal de salud que brinda atención a pacientes con COVID-19 en los establecimientos dependientes de los seguros de salud (Seguro Social de Salud [EsSalud]) cuyo valor de remuneración determina EsSalud, personal médico de tercer y cuarto año de las residencias de las especialidades de medicina intensiva o medicina de emergencias y desastres que realicen su rotación en establecimientos de salud priorizados, con un salario mensual de S/ 3000 (equivalentes a US\$ 838).

Además, se hicieron aumentos en las escalas salariales; en Bolivia (Estado Plurinacional de) para atraer los RHS; en Colombia, solo en aquellas re-

giones donde hubo dificultades para conseguir los RHS requeridos; y en Chile y Perú, como mecanismo de incentivo en el contexto de la emergencia de salud.<sup>29</sup>

Los MS de los cinco países manifiestan que lograron contar, en corto tiempo, con RHS adicional para la atención de la emergencia de salud por medio de los ajustes normativos que dieron paso a las medidas mencionadas. En el caso de Colombia, se refiere que los números alcanzados han sido suficientes para hacer funcionar la infraestructura complementaria instalada. No se comenta acerca de la suficiencia por parte de Chile, Ecuador y Perú. En el caso de Bolivia (Estado Plurinacional de), de acuerdo con la información disponible, los RHS adicionales están por debajo de lo requerido.<sup>30</sup>

Por otra parte, se destaca el trabajo articulado entre los MS y los ministerios de educación para la aplicación 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.<sup>31</sup>

### 2.2.3. Medidas de protección y apoyo a los recursos humanos para la salud

Disminuir el riesgo de contagio de los RHS, además de la prevención y mitigación de las alteraciones de salud mental en el personal de salud es un componente fundamental de la respuesta a la pandemia. Las altas tasas de infección entre el personal de salud disminuyen la capacidad de respuesta del sistema de salud, al reducir la disponibilidad de los RHS, ya sea porque han estado expuestos y cumplieron las medidas de aislamiento o porque se han enfermado. Al estar en la primera línea de atención en los servicios de salud, constituyen un grupo de alto riesgo vulnerable a la infección y a experimentar alteraciones de la salud mental. Esta presión excesiva que ejerce la atención de pacientes con

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

29 Respuestas de los ministerios de salud de los países mencionados al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio. Datos al 2020.

30 *Ibidem*.

31 *Ibidem*.

COVID-19 sobre el personal de salud requiere estrategias multidimensionales e integradas para abordar este problema de forma adecuada.

### 2.2.3.1. Seguridad y salud en el trabajo y la prevención y control de infecciones

Si se tiene en cuenta que más de la mitad de los contagios del personal de salud se produce en los establecimientos de salud (33), 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 del personal de salud es clave para asegurar el funcionamiento del sistema de salud.

En el estudio se observó que, en los cinco países estudiados, disminuir el riesgo de contagio del personal de salud, además de la prevención y mitigación de las alteraciones trastornos de salud mental que pudieran sufrir, es un componente fundamental de la respuesta a la pandemia. A continuación, se resumen las medidas adoptadas al respecto:<sup>32</sup>

- Adquisición y distribución de EPP para garantizar su disponibilidad para el personal de salud. Con este objetivo, los cinco países establecieron la posibilidad de hacer compras directas, las fuentes de financiamiento y la persona responsable de realizar las compras de EPP y su distribución. En Bolivia (Estado Plurinacional de) el proceso estuvo dirigido por el MS Bolivia, que distribuyó el material a las entidades territoriales autónomas y a las entidades de la seguridad social de corto plazo. En Chile, esta actividad estuvo a cargo de la Central Nacional de Abastecimiento. En el caso de Colombia, se estableció en las administradoras de riesgos laborales la responsabilidad de adquirir y proveer los EPP a los RHS. En Perú, se efectuó una continua reasignación de recursos hacia el sector salud, que incluía la compra de EPP. 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 el personal de salud. Este déficit ha sido particularmente marcado en la disponibilidad de mascarillas de tipo N95 en Chile, Colombia y Ecuador. En Chile se establecieron directrices que promovían el uso racional de estos recursos, sin poner en riesgo los RHS (34). En Perú, ameritó la creación de un comité de vigilancia de asignación y uso de EPP y otros recursos para la atención de pacientes con COVID-19 en cada institución proveedora de servicios de salud (35).<sup>33</sup>

- Aplicación de pruebas de detección de COVID-19, con prioridad para los RHS en los cinco países estudiados. En Colombia y Chile se realizaron pruebas de detección de manera sistemática cada 15 días, según la evaluación del riesgo (36, 37). En Bolivia (Estado Plurinacional de), para reducir el tiempo de suspensión de las actividades laborales de los RHS por la demora en la entrega de resultados de la prueba de detección del SARS-CoV-2, se expidió una normativa para que los RHS fueran atendidos con prioridad en la toma de estas pruebas; esta medida no se pudo aplicar debido a la escasez de insumos de laboratorio.
- Detección de grupos de riesgo (por embarazo, edad y presencia de comorbilidades). En los casos de Chile, Ecuador y Perú, el personal de salud perteneciente a estos grupos de riesgo fue eximido de atender pacientes con COVID-19 y se les reasignaron las tareas, especialmente de telemedicina, de forma más tardía en Perú (19, 38). En Bolivia (Estado Plurinacional de) representó una disminución de 30-40% de la disponibilidad de RHS.
- Planes de salud mental con guías y directrices para los trabajadores, empleadores y entidades encargadas de la seguridad y salud en el trabajo en los cinco países. Esta política se definió en momentos distintos: de manera más temprana

32 *Ibidem.*

33 *Ibidem.*

en Ecuador y Colombia (en marzo del 2020) y más tarde en Chile (mayo del 2020) y Perú (junio del 2020).

- Reconocimiento de la COVID-19 como enfermedad laboral para los RHS en Chile (39) y Colombia (40).
- Creación de un seguro de vida para los RHS en Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile y Perú (41-43).

### 2.2.3.2. Capacitación

Las disposiciones que se definan en materia de financiamiento y despliegue de políticas de inducción, capacitación y tutoría de los RHS constituyen herramientas críticas en una emergencia de salud, sobre todo cuando no se tiene experiencia previa sobre el desarrollo de la enfermedad, como fue el caso de la COVID-19. No solo es indispensable para atender y cuidar a los pacientes, sino que forma parte de las herramientas de protección del riesgo de contagio en el personal de salud y su familia.

El sector de salud se caracteriza por tener prácticas instaladas de inducción y formación en terreno, y por disponer de establecimientos asistenciales que, a su vez, funcionan como parte del terreno en el que se trabaja. 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 MS dan cuenta de un uso importante de la formación a distancia y del establecimiento de alianzas con la academia y las sociedades científicas para la creación de los contenidos apropiados.

Entre los logros, los cinco países enfatizan en la importancia de haber fortalecido y dotado al personal de salud con conocimientos y competencias sobre la prevención y tratamiento de la COVID-19 mediante la capacitación, principalmente a través de plataformas tecnológicas de educación a distancia o de telemedicina existentes en los MS ya antes de la pandemia. El despliegue de la capacitación ha llegado a un amplio porcentaje de los RHS en Chile (69,3%)



y Perú (60%). En Bolivia (Estado Plurinacional de) se usó la capacitación y el apoyo psicológico para mitigar el temor de los RHS de atender personas con COVID-19 y para abordar las preocupaciones sobre la seguridad de la vacunación.

### 2.2.2.3. Vacunación

En este apartado se revisa la priorización que tenía el personal de salud en los planes nacionales de vacunación y las estimaciones de los países sobre la cantidad necesaria de personal de salud para lograr los objetivos de vacunación. La información se recopiló entre enero y abril del 2021.

Con respecto a la vacunación, el RHS disponible y capacitado es fundamental por su doble función, ya que debe recibir la vacuna y aplicarla a la población.

Con relación a la vacunación del personal de salud, este 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 al número de los RHS existentes en el país (44).

En lo relativo al plan de vacunación, el caso de Chile se destaca por contar con el personal de enfermería<sup>34</sup> de la red de APS y en el plan nacional de inmunización como plataforma para la vacunación masiva. Esta última fue complementada con la autorización para que otros miembros del personal de salud, como las matronas y profesionales de odontología, apliquen la vacuna; esto le permitió al país contar desde el inicio con los RHS necesarios para la aplicación del plan de vacunación (45). En cambio, en los demás países, se tiene previsto lograr un número suficiente de personas dedicadas a la aplicación de vacunas, Bolivia (Estado Plurinacional de) con 4000 brigadas de tres personas (46), Colombia con 70 000 (47), Ecuador con 8000 (48) y Perú con 25 000 personas dedicadas a la aplicación de vacunas (49).

En Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y Ecuador se tiene información sobre el potencial de vacunación. Para el primer caso, este se

estableció según la población objetivo y la región, de manera que, para la vacunación de los RHS en la región de Pando, se estimó que se requieren 7 horas para vacunar 2587 profesionales de salud, pero se desconoce el número de personal de vacunación necesario; por otro lado, en La Paz se requerirían 9 horas para vacunar 49 901 miembros del personal de salud (46). En Colombia se tiene establecido el número de vacunas a realizar por hora y la modalidad de vacunación según si el proceso es intramuros ( $\geq 42$  dosis en 7 horas) o extramuros (18 dosis en 7 horas si es en una zona urbana y  $\geq 12$  dosis en 7 horas si es en una zona rural) (47).

En la fase 1 del plan de vacunación de Ecuador se deberán aplicar 60 522 dosis por día, 7565 dosis por hora en promedio, con 630 equipos de vacunación a nivel nacional con base en el cálculo de 12 dosis por hora por cada equipo en una jornada laboral de 8 horas durante 5 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, con 1259 equipos de vacunación a nivel nacional, con las mismas dosis, horas y días a la semana por equipo (48).

### 2.2.4. Financiamiento

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

Las inversiones destinadas al aumento de los RHS están relacionadas con el déficit de grupos ocupacionales o la distribución inequitativa por regiones, ya que será necesario mantener una parte de este RHS después de la pandemia para reducir las brechas, con el fin de contribuir al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. En muchos casos, las mejoras salariales e incentivos otorgados se relacionaron con una mejora de las condiciones laborales, al igual que la

34 Incluye profesionales y auxiliares de enfermería y demás grupos ocupacionales relacionados.

aplicación de incentivos para reducir las brechas regionales al interior del país: por lo tanto, hay que considerar que estas medidas se puedan mantener y puedan mejorar la distribución de los RHS al interior del país. El valor del financiamiento de EPP y kits de prueba sirven de soporte para guiar análisis futuros en dos aspectos: entender en qué situaciones el déficit en la disponibilidad de EPP es continuo e independiente de una emergencia de salud a nivel general o en regiones al interior del país, y como punto referencia de un valor de reserva que se requiere para financiar una situación de emergencia de salud. Por lo tanto, es importante conocer la inversión adicional en RHS que realizó cada país para dar respuesta a la pandemia, incluido el costo de las medidas de prevención de riesgos y protección de salud ocupacional específicas que se aplicaron.

En el estudio se encontró que, para financiar la respuesta a la pandemia, en Chile, Colombia y Perú se 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 recursos de financiamiento en Bolivia (Estado Plurinacional de) fue un crédito otorgado antes de la pandemia por parte del Banco Mundial, cuyo monto se reasignó según la necesidad.<sup>35</sup>

En los países estudiados, se requirió un **trabajo conjunto entre el MS y los ministerios de hacienda o economía y finanzas de cada país** para disponer de los recursos de presupuesto nacional y de crédito.

En el cuadro 2 se muestra la información disponible de los recursos monetarios destinados a mantener o aumentar los RHS para la atención de pacientes con COVID-19 en términos de contratación nueva.

### 2.3. Análisis de las fortalezas y desafíos

Este informe proporciona un conjunto de indicadores estandarizados y fuentes de datos pertinentes para detectar y cuantificar el impacto multifacético de la COVID-19 en los RHS. El uso de una metodología estandarizada en todos los países fue útil para detectar problemas comunes que afectaron a los RHS durante la pandemia y la respuesta de 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 fue útil para identificar estrategias, mecanismos y desafíos de los RHS durante la pandemia.

Si bien la información recopilada muestra una situación puntual en el tiempo, es relevante hoy

**Cuadro 2.** Montos destinados a los recursos humanos para la salud adicional

País	RHS adicional	Valor en US\$
Bolivia (Estado Plurinacional de)	7484 (proyectado)	8 543 777 (presupuestado)
Chile	19 027 contratados más horas extras	253 955 686 (ejecutado)
Colombia	3608 (proyectado)	Sin información
Ecuador	Sin información	43 492 222 (ejecutado)
Perú	44 207 contratado	649 900 457 (presupuestado)

RHS: recursos humanos para la salud; US\$: dólares estadounidenses.

<sup>35</sup> Respuestas de los ministerios de salud de los países mencionados al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio. Datos al 2020.

en día, y es útil para establecer acciones políticas para fortalecer los RHS durante emergencias de salud y aumentar la resiliencia del sistema de salud. Las diferentes estrategias y mecanismos para abordar la disponibilidad de los RHS para la respuesta a la COVID-19 presentes en los cinco países también se relacionaron con los tres pilares de respuesta a emergencias de salud:

- Preparación para dar respuesta inicial a la emergencia de salud.
- Fortalecimiento de los RHS para aumentar la capacidad de respuesta del sistema de salud.
- 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 extraídas durante el proceso de diálogo de políticas.

**El personal de salud es un factor clave para ofrecer un servicio de salud oportuno y de calidad, por lo que debe de ser protegido con una política salarial y de bienestar adecuada.**

A partir de este reconocimiento, **la actividad más importante** es generar mecanismos para absorber los nuevos RHS reclutados para reducir la brecha que tenían los países antes de la pandemia de COVID-19 y mantener las mejoras laborales aplicadas, como el aumento de la remuneración, que depende a su vez, en gran medida, de identificar las fuentes de financiamiento. Esto fue particularmente importante en Bolivia (Estado Plurinacional de), para reducir la escasez a nivel de APS), en Ecuador, para aumentar la cantidad de especialistas en medicina crítica y terapia intensiva, y en Colombia y Perú, para facilitar la distribución territorial. En Chile, se detecta, además, la necesidad de fortalecer la articulación de los MS y ministerios de educación que faciliten la disponibilidad y distribución de RHS, dado que es un factor clave para dar respuestas oportunas a una contingencia de la naturaleza de la pandemia de COVID-19.

Si bien se cuenta con información sobre los RHS, aún es necesario contar con instrumentos que provean de información oportuna, completa y detallada que permitan generar los incentivos necesarios para abordar la escasez de recursos, tanto estructural como durante las emergencias de salud.

El fortalecimiento de mecanismos, herramientas y normativa para desarrollar la telemedicina después de la pandemia fue importante en los cinco países. Además, los cinco países identificaron la necesidad de mejorar las condiciones laborales, con respecto a la estabilidad laboral y seguridad social para los RHS, propiciando ambientes saludables para su buen desempeño, con cuidado de su salud mental y bienestar, a fin de contribuir a la calidad de vida y la conciliación entre la vida laboral y la vida familiar. En Ecuador y Perú 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, garantizar el abastecimiento de medicamentos y EPP, agilizar la normativa de compras públicas y desconcentrar cuando sea necesario, como en el caso de Ecuador.

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

## 2.4. Discusión de los resultados

Este estudio abordó los mecanismos para aumentar, mantener y proteger a los RHS en Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Ecuador y Perú, en términos de disponibilidad, capacitación, protección, bienestar, remuneración y financiamiento, y así dar respuesta a la pandemia de COVID-19. Entender la repercusión de la infección y los fallecimientos en los RHS ha sido útil para el análisis del 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 establecer las prioridades y los objeti-



vos en el fortalecimiento de los RHS para mejorar la resiliencia de los sistemas de salud. El proceso de análisis ha permitido que los países detecten y analicen los desafíos de los RHS y los mecanismos del país para responder a ellos durante la emergencia de salud de la COVID-19. Los datos y la información obtenida proporcionan nuevos conocimientos para el diálogo sobre políticas a nivel nacional. Como resultado, este estudio provee información sobre las acciones políticas y permite la coordinación entre instituciones dentro del país y dentro de la subregión andina de la OPS; se transforma así en 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 lecciones aprendidas contribuyen a aportar evidencia y establecer las prioridades y objetivos de las políticas en torno a la protección y atención de la fuerza laboral de salud de 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 y asegurar la continuidad, el funcionamiento y el acceso y la cobertura adecuada a la población.

En primer lugar, los países se prepararon para dar una respuesta inicial para enfrentar la COVID-19, que incluyó detectar las necesidades, la disponibilidad y la escasez de personal de 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 aplicaron paquetes de medidas para aumentar o mantener los RHS, entre las que se encuentran: **1)** el reclutamiento de RHS por medio de mecanismos nuevos de contratación o el ajuste de los ya existentes, **2)** la asignación temporal de los RHS desde los servicios no asociados a la atención de pacientes con COVID-19 hacia la atención de pacientes con

COVID-19, **3)** el aumento de la disponibilidad de los RHS mediante la incorporación de estudiantes y recién graduados nacionales y extranjeros, personas jubiladas y voluntarios, y miembros de las fuerzas armadas, **4)** la cooperación internacional, **5)** el servicio social obligatorio y **6)** cambios de turnos laborales.

Por otra parte, fue necesario proteger los RHS con medidas organizacionales que garantizaron la disponibilidad de EPP y fortalecieron la PCI mediante realización de pruebas de detección, guías para detección de riesgo de los RHS y capacitación en diagnóstico y manejo de la COVID-19. Todo esto fue acompañado de mejoras en las condiciones de trabajo, como bonificaciones y aumentos en la remuneración, el reconocimiento de la COVID-19 como una enfermedad laboral para el personal de salud, la identificación de grupos de riesgo por edad, comorbilidad, embarazo y atención a niños pequeños. En estos grupos de riesgo se indicó que cesaran las actividades al inicio de la pandemia y que luego realizaran actividades de menor exposición a la COVID-19, como telemedicina y la aplicación o fortalecimiento del plan de salud mental. Por último, mediante la capacitación se definieron nuevas competencias para el cuidado de una enfermedad hasta ese momento desconocida.

Todo lo anterior requirió el trabajo articulado y coordinado de varias entidades al interior de cada país, entre las que se destacan los ministerios de salud, educación, trabajo y economía que, en el marco de sus competencias, diseñaron nuevas normativas y legislación como soporte a la aplicación de las diferentes medidas tomadas para mantener y proteger los RHS.

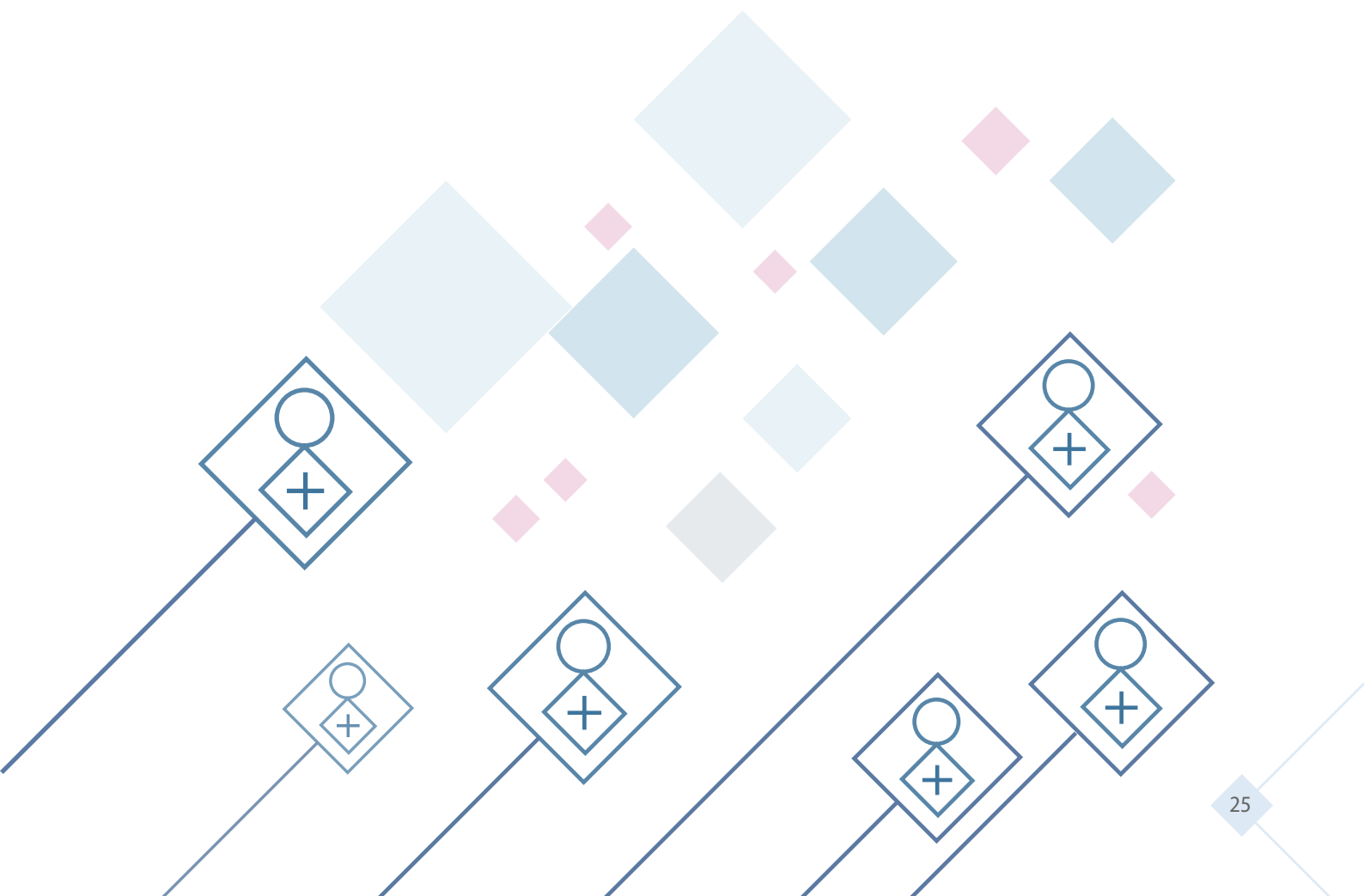
En el cuadro 3 se muestran las estrategias utilizadas para abordar aspectos relacionados a los RHS, organizadas en tres pilares para dar respuesta a una emergencia de salud: **1)** la preparación para dar respuesta inicial a la emergencia de salud, **2)** el fortalecimiento de los RHS para aumentar la capacidad de respuesta del sistema de salud y **3)** la revisión y actualización de medidas.

**Cuadro 3.** Estrategias y mecanismos para abordar aspectos relacionados a los recursos humanos para la salud para responder a la COVID-19

Estrategia	Mecanismo de implementación
<b>Pilar 1. Preparación para dar respuesta inicial a la emergencia de salud</b>	
<b>Estimación de necesidades de RHS para la respuesta inicial a la COVID-19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se identificó la importancia de un sistema de información para el seguimiento de los casos confirmados y fallecidos por COVID-19 con el fin de hacer estimaciones, detectar el riesgo de los RHS y diseñar medidas y respuestas políticas.</li> <li>• La necesidad de identificar mejor los RHS contribuyó al fortalecimiento de los sistemas de información y de los métodos de estimación de los RHS ya existentes.</li> <li>• Se estructuró, al inicio, un plan o estrategia para la atención de casos con diagnóstico presuntivo, probable o confirmado, con priorización del fortalecimiento del sistema de salud en términos de disponibilidad de camas de unidades de cuidado intensivo, unidades de cuidados intermedios y sala general (estrategia de tipo 2).</li> <li>• Se estimó 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 y el personal en aislamiento, enfermo o fallecido.</li> </ul>
<b>Pilar 2. Fortalecimiento de los RHS para aumentar capacidad de respuesta del sistema de salud</b>	
<b>Aumento de la disponibilidad de RHS en atención a los casos con diagnóstico presuntivo, probable o confirmado de COVID-19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se utilizaron mecanismos para aumentar la capacidad de los RHS, con base en ajustes normativos, en general sujetos a la emergencia sanitaria.</li> <li>• Estos mecanismos se enfocaron en la contratación de nuevo personal y en la reasignación desde otros servicios de salud.</li> <li>• Se aplicaron diversas medidas relacionadas con estudiantes, recién graduados y titulados en el extranjero, mediante la articulación y coordinación entre los MS y ministerios de educación en cada país.</li> <li>• Se tuvo acceso a cooperación internacional.</li> <li>• En algunos países, para mejorar la distribución regional de los RHS se utilizó el aumento de la remuneración en las regiones con escasez y el aumento de plazas y la flexibilización del acceso al servicio social que realizan los recién graduados en áreas de la salud.</li> <li>• Para disponer de los RHS, fue necesario el trabajo conjunto entre los MS y los ministerios de economía y finanzas en cada país.</li> </ul>
<b>Mejora en las condiciones de trabajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aplicaron medidas financieras, como bonificaciones extra o regulares y el reconocimiento de mayor remuneración.</li> <li>• Se aplicaron también medidas no financieras, como el otorgamiento de un seguro de vida.</li> </ul>
<b>Definir nuevas competencias para los RHS para la prevención y el tratamiento de la COVID-19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizaron capacitaciones para el personal de salud sobre la prevención, el control, el diagnóstico y el tratamiento de la COVID-19 través de medios virtuales, que en general permitieron tener mayor cobertura en los RHS, aunque se presentan fallas en el seguimiento y reconocimiento de la capacitación.</li> </ul>

Estrategia	Mecanismo de implementación
<b>Seguridad y salud en el trabajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aplicaron pautas para prevenir la 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.</li> <li>• Los países diseñaron acciones para mitigar la escasez mundial de EPP; para ello se destinaron recursos para adquirir EPP y mecanismos para distribuirlos con eficiencia entre los RHS.</li> <li>• En algunos países, fue necesario reconocer la COVID-19 como una enfermedad laboral para el personal de salud.</li> <li>• Se detectaron grupos de riesgo en el personal de salud por edad, comorbilidad, embarazo y atención a niños pequeños. Los miembros del personal de salud pertenecientes a estos grupos de riesgo cesaron su actividad asistencial al inicio de la pandemia, y luego se les reasignaron las tareas con menor exposición a la COVID-19, como la telemedicina.</li> <li>• Se reforzó el plan de salud mental para los RHS.</li> </ul>
<b>Pilar 3. Revisión y actualización de medidas</b>	
<b>Mantener la disponibilidad de los RHS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización del plan de respuesta de cara a la segunda ola de la COVID-19, con el foco de atención dirigido a la atención de casos con diagnóstico presuntivo, probable o confirmado en los establecimientos de APS (estrategia de tipo 1).</li> <li>• Plan de vacunación con prioridad para los RHS.</li> <li>• Se calculó la cantidad de RHS necesarios para aplicar el plan de vacunación en el país.</li> </ul>

APS: atención primaria de salud; COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; RHS: recursos humanos para la salud.



# Parte 2.

## Estudios de caso

### 1. Estado Plurinacional de Bolivia

#### Puntos clave

- Se estima que los casos confirmados de COVID-19 entre los RHS como proporción del total disponible fue de 11,92%, con una tasa de letalidad de 1,97% (al mes de abril del 2021). Sin embargo, no se lleva seguimiento a los casos, lo que impide conocer el comportamiento al interior de los grupos ocupacionales (1).<sup>36</sup>
- Los casos confirmados de COVID-19 en los RHS como proporción de casos confirmados en la población total fue de 7,53% al mes de noviembre del 2020 (1, 7).
- En abril del 2020, el país estimó un déficit de 6700 trabajadores con base en la cantidad de camas generales y de unidades de cuidado intensivo (UCI) adicionales para atender 39 000 casos. Se preparó una respuesta para atender casos con diagnóstico presuntivo, probable o confirmado de COVID-19 en los establecimientos públicos por un período de 3 meses. Se calculó un requerimiento de 7628 personas adicionales de RHS. Es importante destacar que los casos de COVID-19 sobrepasaron ampliamente las proyecciones.<sup>37</sup>
- El otorgamiento de licencias a los miembros de los RHS pertenecientes a los grupos de riesgo redujeron entre 30% y 40% la disponibilidad total de los RHS, de manera que las contrataciones nuevas, estimadas en 32%, no alcanzaron a cubrir este incremento del déficit.<sup>38</sup>
- Al mes de octubre del 2020, se aumentó la disponibilidad de los RHS mediante los siguientes: **1)** reclutamiento (se contrataron 6777 personas de las 7628 programadas) con financiamiento del Banco Mundial, **2)** reasignación de personal (3600 miembros del personal de salud), **3)** contratación de recién egresados (220), **4)** personas voluntarias (450), **5)** practicantes (300) y **6)** turnos ampliados con aumento de la remuneración.<sup>39</sup>
- Para reducir el tiempo de ausencia de los RHS por demora en la entrega de resultados de la prueba de detección del SARS-CoV-2, se expidió una normativa para que los RHS recibieran atención prioritaria en la toma de estas pruebas. Esta medida no se pudo aplicar debido a la escasez de insumos de laboratorio.<sup>40</sup>
- En los tres primeros meses de pandemia, debido a la escasez de EPP, se incrementó el temor de los RHS de atender casos confirmados de COVID-19; esto incluyó la negativa a prestar atención asistencial, a trabajar más horas e incluso renunciar a sus puestos de trabajo. Esto

<sup>36</sup> Se desconoce la fecha de notificación del país; por lo tanto, se usa la fecha de corte del informe.

<sup>37</sup> Respuesta del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio, recibida el 2 de diciembre del 2020

<sup>38</sup> *Ibidem.*

<sup>39</sup> *Ibidem.*

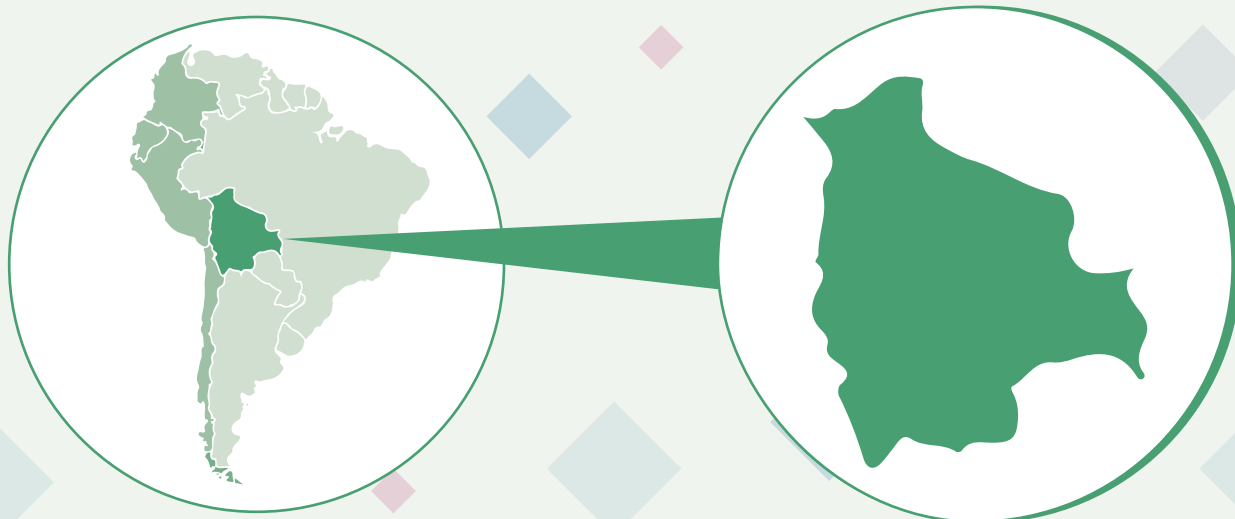
<sup>40</sup> *Ibidem.*

se mitigó por medio de capacitación y apoyo psicológico. Estas mismas medidas también se aplicaron para abordar las preocupaciones sobre la seguridad de la vacunación.<sup>41</sup>

Al mes de marzo del 2021 se había previsto la participación de 4000 brigadas para la vacunación contra la COVID-19 y se habían negociado acuerdos para la adquisición de dosis suficientes para vacunar a la totalidad de la población mayor de 18 años. La vacunación masiva se había reprogramado para junio debido al retraso en los envíos de vacunas (46).

## Tareas futuras

- Continuar con el personal contratado durante la pandemia, tanto por dificultades en el presupuesto como por su dependencia a medidas temporales según la duración de la emergencia de salud.
- Estimar las brechas de RHS, sobre todo en la APS, a cargo de los municipios.
- Evaluar las medidas tomadas para mejorar la respuesta de cara a la segunda ola.



41 *Ibidem.*

## 1.1. Contexto del país

En este apartado se presenta una breve descripción del sistema de salud del país y el análisis de la situación de los RHS antes de la pandemia de COVID-19.

### 1.1.1. Sistema de salud

El Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de), define la política nacional de salud. Su misión como ente rector de la salud es promover y garantizar los derechos y deberes a la salud de la población boliviana, mediante la regulación y ejecución de políticas para la inclusión y el acceso a la salud integral e intercultural para las personas, las familias y las comunidades, sin exclusión ni discriminación alguna, mediante la aplicación del Sistema Único de Salud con participación social y la Política de Salud Familiar Comunitario Intercultural (50).

El sistema de salud boliviano es de carácter mixto y está conformado por tres subsistemas de salud con financiamiento y establecimientos independientes, y con acceso y tipo de atención de carácter segregado (cuadro 4):

**1. Ministerio de Salud (sector público):** ofrece cobertura a 58,8% de la población, se financia a partir de impuestos generales y aportes de empleadores, y es de tipo subsidiario para

la población sin cobertura de los otros sistemas. Provee servicios integrales de salud para niños y niñas menores de 5 años y mujeres a través del Seguro Universal Materno Infantil,<sup>42</sup> a mayores de 60 años que no tiene cobertura del Seguro Social por medio del Seguro de Salud Para el Adulto Mayor,<sup>43</sup> y a personas con discapacidad.

**2. Seguridad social de corto plazo:** ofrece cobertura a 38,2% de la población, y se financia con aportes del Estado y cotizaciones pagadas por los trabajadores y empleadores. Comprende 16 cajas de salud, que incluye, entre otras, a las cajas nacional, petrolera, de la banca privada, de la banca estatal, seguros universitarios, de caminos y de seguros delegados. Estas cajas funcionan sin coordinación entre sí y cada una de ellas tiene autonomía de gestión. Todas se incluyen en el primer Régimen de Seguridad Social, creado en 1956 y que se mantiene hasta la actualidad.

**3. Privado:** ofrece cobertura a 3% de la población. Comprende aseguradoras privadas con fines de lucro y a organizaciones sin fines de lucro (como la iglesia y ONG) (51).

Las principales fuentes de financiamiento del sistema de salud boliviano son el Estado (51%), las empresas y empleadores (18,7%), los hogares y gasto de bolsillo (28%) y fuentes externas no reembolsables o préstamos de bancos (2,3%) (52).

**Cuadro 4.** Distribución de la cobertura de salud en el Estado Plurinacional de Bolivia por subsistema de salud

Proveedor de la cobertura de salud	Cobertura (%)
Ministerio de Salud (sector público)	58,8
Seguridad Social de Corto Plazo	38,2
Sector privado	3
<b>Total</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Tejerina Silva H. Atención primaria de salud en Bolivia, Ecuador y Venezuela: ¿transición hacia la atención primaria integral? En: Atención primaria de salud en Suramérica. Río de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Unión de Naciones Suramericanas; 2015. Disponible en: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/07/livro\\_atencao\\_primaria\\_de\\_saude\\_2015\\_esp-2-1.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/07/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2-1.pdf).

<sup>42</sup> Creado mediante la Ley N.º 2426 del 21 de noviembre del 2002, el SUMI fue creado para otorgar prestaciones de salud con carácter universal integral y gratuito a las mujeres embarazadas hasta los 6 meses después del parto y a los niños y niñas menores de 5 años.

<sup>43</sup> Creado mediante la Ley N.º 3323 del 16 de enero del 2006.

El subsistema público de salud se organiza en tres niveles de atención. Los 342 gobiernos municipales tienen a su cargo la administración del primero y segundo nivel de atención, que constituyen las redes integradas de servicio de salud (RISS) organizadas para dar mayor eficiencia, integralidad y efectividad a los servicios para toda la población. Los nueve gobiernos departamentales ejercen la dirección departamental a través de los servicios departamentales de salud (SEDES) y, además, tienen a cargo el tercer nivel de atención.

Según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas, para el año 2019 Bolivia (Estado Plurinacional de) contaba con 3983 establecimientos de atención a la salud, de los cuales 3610 corresponden al primer nivel de atención, organizados en redes municipales de salud (53) (cuadro 5).

En relación con la APS, el país había desarrollado un modelo de atención primaria selectiva donde se desarrollaban básicamente programas verticales de salud materno-infantil, salud reproductiva y

**Cuadro 5.** Número de establecimientos de salud en el Estado Plurinacional de Bolivia según el tipo de establecimiento

Tipo de establecimiento	Número de establecimientos
Centro de características particulares	56
Puesto de salud	1193
Centro de salud	2417
Hospital básico	238
Hospital general	47
Instituto especializado	32
<b>Total</b>	<b>3983</b>

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. Establecimientos de salud, según departamento y tipo de establecimiento, 1997-2019. La Paz: INE; 2020. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/registros-administrativos-salud/>.

**Cuadro 6.** Disponibilidad de recursos humanos para la salud en el Estado Plurinacional de Bolivia por departamento

Departamento	Disponibilidad de RHS	Distribución
La Paz	47 320	26
Oruro	8509	5
Potosí	12 782	7
Cochabamba	31 587	18
Chuquisaca	9500	5
Tarija	9179	5
Pando	2361	1
Beni	6971	4
Santa Cruz	51 459	29
<b>Total</b>	<b>179 667</b>	<b>100</b>

RHS: recursos humanos para la salud.

**Fuente:** Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de). Plan de vacunación contra el coronavirus COVID-19. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes;... 14 marzo 2021. Available in Spanish from <https://oiss.org/wp-content/uploads/2021/04/PLAN-DE-VACUNA-COVID19.pdf>.

de control de enfermedades (54). En el año 2006, se establece un nuevo modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural cuyo objetivo es satisfacer las necesidades y demandas de las personas, las familias y la comunidad. Ambos modelos coexisten en este momento (55). En términos de gestión, se propende a la toma de decisiones conjuntas entre el gobierno municipal y la comunidad por medio del directorio local en salud.

### 1.1.2. Recursos humanos para la salud

El país cuenta con el Estatuto de los Trabajadores en Salud Pública establecido en el Decreto Supremo 28909 (56) que norma los derechos, deberes y obligaciones del personal de salud, así como los aspectos que garanticen la carrera administrativa, la dignidad y la eficacia de la función pública de este personal de salud. La carrera administrativa del personal de salud se expresa a través del sistema de gestión de RHS (57).

Sin embargo, los niveles nacional, departamental y municipal, tienen entre sus competencias la contratación de RHS, con características y normas específicas (58). Es decir, los **departamentos y municipios son autónomos y, además, tienen permitida la contratación de RHS bajo contratos temporales, que en muchos municipios llegan a representar entre 40% y 60% de todo**

**el personal.** Esta fragmentación disminuye la efectividad de la regulación y la gobernanza, porque los RHS responden a su empleador.

En el país, el total de los **RHS es de 179 667 personas al mes de marzo del 2021**, incluido el personal de salud del sector público y del sector privado. Más de 70% de los RHS se encuentra en tres departamentos: Santa Cruz (29%), La Paz (26%) y Cochabamba (18%) (cuadro 6). Por otro lado, 21 350 miembros de los RHS se encuentran en el sector público, con 6504 personas (30%) en el primer nivel de atención de salud y 14 846 (70%) en el segundo y tercer nivel de atención.

Para el año 2015, del total de RHS, **24% eran auxiliares de enfermería, 16% profesionales de medicina general, 8% profesionales de especialidades médicas, 4% profesionales de enfermería**, 8% otros profesionales de la salud,<sup>44</sup> y 40% a otro tipo de personal.<sup>45</sup> En cuanto a la medicina tradicional, **se registraron un total 4456 proveedores de servicios de medicina tradicional ancestral boliviana**, que corresponden a 1433 naturistas, 490 parteros y 2535 médicos tradicionales (59).

A nivel nacional, antes de la **pandemia ya existía un déficit no cuantificado de RHS en salud**, sobre todo, profesionales especialistas para atención

**Cuadro 7.** Comparación de la densidad de personal médico y de enfermería por cada 10 000 habitantes en el Estado Plurinacional de Bolivia, América Latina y el Caribe y América

Ámbito geográfico	Personal médico <sup>a</sup>	Personal de enfermería <sup>d</sup>
Estado Plurinacional de Bolivia	10,3 <sup>b</sup>	15,6 <sup>b</sup>
América Latina y el Caribe (33 países)	29,8 <sup>c</sup>	42,4 <sup>c</sup>
América (35 países)	28,3 <sup>c</sup>	82,7 <sup>c</sup>

Notas:

a Incluye a médicos generales y especialistas en todos los niveles de atención.

b Estos datos corresponden al 2017. Para más información, véase: Organización Mundial de la Salud. Portal de datos de las Cuentas Nacionales del Personal de Salud de la OMS: Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/nhwportal>.

c *Ibidem*. Estimación de los datos al 2018.

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

44 Diferentes a médicos generales y especialistas y a profesionales y auxiliares de enfermería.

45 Corresponde a los recursos humanos para la salud que desempeñan labores no asistenciales.



en hospitales.<sup>46</sup> En el primer nivel de atención, se suma, además, la mala distribución del personal. Una estrategia para distribuir el personal en centros y establecimientos sanitarios de zonas aisladas o zonas en condiciones precarias es el servicio social de salud rural obligatorio (cuadro 7).<sup>47</sup>

Con 10,3 profesionales de medicina y 15,6 miembros del personal de enfermería por cada 10 000 habitantes, Bolivia (Estado Plurinacional de) se encuentra por debajo del promedio de América Latina y el Caribe (ALC). Esto sugiere una escasez de personal de RHS.

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

La primera respuesta por parte del Gobierno de Bolivia fue el 4 de marzo a través del Decreto Supremo 4174 del 2020 a través del cual se autoriza a las entidades de salud,<sup>48</sup> de manera excepcional, efectuar la contratación directa de servicios de consultoría de personal en salud, además de insumos y medicamentos, entre otros, para la prevención, control y atención de la emergencia de salud pública de importancia internacional causada por la COVID-19 (60). El 10 de marzo del 2020 se identificaron los dos primeros casos. El 17 de marzo del 2020 se declaró, en el Decreto Supremo 4196, la emergencia sanitaria nacional y cuarentena en todo el territorio, que otorgó una licencia especial para permanecer en su domicilio al personal de salud de los grupos de riesgo para la COVID-19 (quienes tienen enfermedades crónicas, personas mayores de 60 años, mujeres embarazadas

o padre o madre o tutor de menores de 5 años. Esta medida incluyó los recursos humanos para la salud (RHS) (61).

Con respecto a estadísticas sobre los RHS afectados por la COVID-19, el MS Bolivia informa una cifra de **21 410 miembros del personal de salud infectados** (1).<sup>49</sup> Los miembros del personal de salud fallecidos por COVID-19 son 421, pero no se estableció cuántos corresponden a cada grupo ocupacional (1). La tasa de infección de los RHS con infección confirmada (n = 21 410) era de 11,92% al mes de abril del 2021 para un total de RHS de 179 667; la tasa de mortalidad fue 1,97% de los casos confirmados entre los RHS (1). La infección de los RHS como proporción de casos confirmados en la población total fue de 7,53% al mes de abril del 2021.<sup>50</sup>

La falta de EPP y las condiciones de trabajo fueron motivo de preocupación en los RHS en el país. En abril del 2020, **los medios de comunicación informaron la realización de movilizaciones de los RHS por la falta de EPP**. Sin embargo, las movilizaciones masivas se iniciaron a finales del mes de enero del 2021 y derivaron **en el paro indefinido del personal de salud entre el 19 de febrero del 2021** y el 10 de abril (62), posteriormente, el 7 de mayo del 2021 se hizo un paro de 24 horas, siendo la última referencia que se encuentra en el tema (63). A pesar de un intento de acuerdo inicial, los RHS rechazaron tres pautas que contiene la Ley de Emergencia Sanitaria con respecto a: **1)** prohibir la interrupción de los servicios de salud a causa de huelgas, protestas o manifestaciones del personal médico, **2)** habilitar la posibilidad de contratar personal médico que haya terminado sus estudios fuera del país y **3)** que el Gobierno central

46 Respuesta del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de) al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio, recibida el 2 de diciembre del 2020.

47 Forma parte del internado rotatorio de las carreras de medicina, odontología y enfermería de todas las facultades de ciencias de salud de universidades públicas y privadas del país. Dura tres meses, es *ad honorem* y está bajo la supervisión y seguimiento del proceso de implementación de esta modalidad en una comisión conjunta, constituida por la Universidad Boliviana, los servicios departamentales de salud (SEDES) y el MS Bolivia. Para más información, véase: Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unahue. Planificación y gestión de recursos humanos en salud en los países andinos. Lima: ORAS - CONHU; 2015. Disponible en [https://www.observatorioh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/0\\_planificacion\\_rhus2015\\_oras\\_ops.pdf](https://www.observatorioh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/0_planificacion_rhus2015_oras_ops.pdf).

48 Se autorizó al MS Bolivia, a las entidades territoriales autónomas y a las entidades de la seguridad social de corto plazo.

49 Aunque la fecha de corte del informe es del 13 de abril del 2021, se desconoce la fecha de notificación del país a la OPS.

50 Como se desconoce la fecha de notificación del país, se utiliza el valor notificado a la fecha de corte del informe. Al 13 de abril del 2021 se registraban 284 183 casos confirmados en la población general. Para más información, véase: Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de). Reporte N.º 394 de COVID-19 en Bolivia. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes: 14 de abril del 2021. Disponible en: [www.minsalud.gob.bo/es/5452-reporte-covid-19-1-099-nuevos-casos-9-221-pruebas-negativas-y-465-896-dosis-de-la-vacuna-contra-el-virus-fueron-aplicadas-hasta-la-fecha](http://www.minsalud.gob.bo/es/5452-reporte-covid-19-1-099-nuevos-casos-9-221-pruebas-negativas-y-465-896-dosis-de-la-vacuna-contra-el-virus-fueron-aplicadas-hasta-la-fecha).

asuma las competencias de entes locales en caso de que estos se vean rebasados por la emergencia. Por otra parte, y debido a que estos hechos se daban durante la segunda ola de contagios del SARS-CoV-2, también solicitaban al Gobierno que declarara un nuevo confinamiento total como medio para disminuir la cantidad creciente de contagios, pues los establecimientos de salud veían otra vez colmada su capacidad de atención. También en febrero del 2021 se realizaron movilizaciones por falta de pago de salarios. Por último, en los medios de comunicación se han registrado, entre abril y julio del 2020, 12 ataques al personal de salud por temor a que sean focos de transmisión de la COVID-19 (para más información, véase el cuadro A1.7 del anexo 1).

## 1.3. Respuesta de política

### 1.3.1. Estrategia general de respuesta a la COVID-19

Para enfrentar la pandemia fue necesario gestionar, desde el Gobierno nacional, una estrategia para mejorar la capacidad resolutoria de atención de los pacientes, que incluía el fortalecimiento de todo el sistema de salud a nivel nacional con el **aumento del número de UCI y del número de camas para sala general**; la creación de centros de aislamiento; la adquisición de insumos, medicamentos y equipos; y contratación de RHS, tanto para garantizar atención especializada y de calidad a los pacientes afectados por la COVID-19<sup>51</sup> como para el fortalecimiento del primer nivel, donde fueron destinados 50% de los RHS contratados.

En términos de rectoría y gobernanza, el 22 de marzo del 2020 se constituyó un Comando Nacional Multiministerial y Multisectorial<sup>52</sup>. Este comando formuló, en abril del 2020, la Estrategia Nacional de Respuesta a la COVID-19, con cuatro líneas estra-

tégicas para el enfrentamiento de la pandemia a cargo del MS Bolivia (64):

1. Diagnóstico.
2. Aislamiento de casos.
3. Hospitalización de casos.
4. Monitoreo de contactos.

Durante la pandemia, se introdujeron cambios en el MS Bolivia que se relacionan con el fortalecimiento de la rectoría y las capacidades técnicas del MS Bolivia y de los SEDES, a través del Decreto Supremo 4257 del 4 de junio del 2020 (65). Como parte de esta estructuración se creó la Unidad de gestión y administración de RHS.<sup>53</sup>

En septiembre del 2020 se ajustó el plan para el período que se denominó de posconfinamiento, con una Estrategia de vigilancia comunitaria activa (8), asignando mayor apoyo y desarrollo al primer nivel. En las estrategias incluidas en este plan se contemplan los RHS para el fortalecimiento de los servicios de salud.

Si bien Bolivia (Estado Plurinacional de) cuenta con el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica, a partir de la coordinación entre la Agencia de Gobierno Electrónico y Tecnologías y el MS Bolivia, se aprueba la aplicación de la COVID SIVE a nivel nacional (66), que tiene como objetivo registrar los casos sospechosos y confirmados de COVID-19 mediante la digitalización de la ficha epidemiológica (8).

Con el crecimiento exponencial de casos de COVID-19 a nivel nacional, la demanda superó las capacidades del sistema de salud, desde los insumos y la infraestructura hasta los RHS. Esto obligó a limitar los servicios no esenciales y destinar 60% de la capacidad hospitalaria a la atención de pacientes con COVID-19 de manera casi exclusiva. Como consecuencia, hubo una reducción del

51 Respuesta del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de) al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 2 de diciembre del 2020.

52 *Ibidem*.

53 Esta unidad de gestión y administración de RHS fue creada en La Paz con el objetivo de administrar, gestionar y desarrollar la capacidad técnica de los RHS a través de la aplicación de normativas que fortalezcan las redes integrales y funcionales de servicios de salud, para una prestación de servicios con equidad, eficacia y eficiencia en beneficio de la población. Para más información, véase: Gobierno Autónomo Departamental de La Paz. Servicio Departamental de Salud de La Paz. La Paz: SEDES; 2020. Disponible en: <https://www.sedeslapaz.gob.bo/>.

acceso a las vacunas, el control prenatal y posnatal, los partos institucionales, las consultas externas de todas las especialidades, la hospitalización y las cirugías electivas; además de la suspensión de servicios odontológicos y de control de crecimiento y desarrollo de infantil, entre otros.<sup>54</sup>

### 1.3.2. Mejorar la disponibilidad de los recursos humanos para la salud

#### 1.3.2.1. Detectar las necesidades de los recursos humanos para la salud para atender la enfermedad por el coronavirus 2019

En la Estrategia Nacional de Respuesta a la COVID-19 de abril del 2020 se calculó que **la brecha de RHS era de aproximadamente 7484 profesionales de la salud** (cuadro A1.2); se consideraron, por una parte, las camas de sala general y de UCI adicionales para las proyecciones en el escenario más negativo a dicha fecha, que correspondían a 39 000 casos totales y, por otra parte, el fortalecimiento del primer nivel de atención. Sin embargo, al mes de octubre del 2020, había 140 000 casos. **Dicha diferencia de necesidades de RHS no se ha financiado.**<sup>55</sup>

Este déficit se ha profundizado debido a la **reducción de RHS que se produjo por licencias médicas o grupos de riesgo de los RHS regulares, que fue del 30-40%**<sup>56</sup> por efectos del Decreto Supremo N.º 4196 (61) emitido el 17 de marzo del 2020. Junto a esta problemática, en un primer momento los RHS tenían miedo al contagio y se rehusaban a permanecer en su lugar de trabajo más horas de las que les correspondían y alegaban, además, la falta de EPP (67).

No se recopiló información de manera sistemática sobre el aumento de la brecha de RHS. Según los datos de informes sobre la saturación de la capacidad de algunos hospitales públicos por espacio de

3 a 4 semanas aproximadamente, y sobre todo en las ciudades capitales, se detectaron las siguientes condiciones:<sup>57</sup>

- **Ocupaciones con mayor déficit:** personal médico especialista en terapia intensiva, medicina crítica y neumología y personal de salud licenciado en enfermería
- **Departamentos con mayor déficit de RHS:**
  - De especialistas: Beni y Pando.
  - Con más casos: Santa Cruz, Cochabamba y La Paz.

#### 1.3.2.2. Medidas para mantener o aumentar los recursos humanos para la salud

En este apartado se estudiarán las medidas que aplicó el país para afrontar la escasez de los RHS en ocupaciones clave y los desequilibrios regionales, todo esto agravado por la infección y fallecimiento de los RHS y las condiciones laborales que afectaron de manera negativa su disponibilidad.

A nivel nacional, el Gobierno promulgó el Decreto Supremo N.º 4174 del 4 de marzo del 2020 (60), que autorizó al MS Bolivia, a las entidades territoriales autónomas y a las entidades de la seguridad social de corto plazo, de manera excepcional, **a contratar servicios de consultoría de personal en salud,**<sup>58</sup> **para la prevención, el control y la atención de la “emergencia de salud pública de importancia internacional”** causada por la COVID-19. Para ello, se determinó fortalecer las capacidades de gestión de las coordinaciones de red por ser instancias más cercanas a los servicios de salud de primer nivel de atención, además de fortalecer un sistema de información *ad hoc* para notificar la producción de laboratorios, hospitales y unidades de terapia intensiva. Para dar cumplimiento a estos objetivos, se conformó una comisión técnica que definiera las estrategias

54 Respuesta del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de) al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 2 de diciembre del 2020.

55 *Ibidem.*

56 *Ibidem.*

57 *Ibidem.*

58 Se refiere a personal contratado por prestación de servicios o a personal que trabaja *ad honorem*.

para la atención de la emergencia de salud dirigida por el MS Bolivia. Se elaboró una lista de hospitales centinela para la atención de pacientes con COVID-19, y se diseñó un plan de intervención para el fortalecimiento de RHS sobre la base de proyección de casos infectados, evaluación de capacidades, servicios y el establecimiento de brechas en el sector salud. Las principales funciones fueron definir la política salarial, gestionar los recursos y financiar los salarios y beneficios del personal dependiente del Sistema Único de Salud, conforme a reglamentos nacionales específicos, para garantizar la estabilidad laboral. **La OPS brindó apoyo al MS Bolivia en la definición de los grupos y niveles a ser fortalecidos, así como la brecha a ser cubierta con base en la proyección de necesidades.**

Desde abril del 2020, el MS Bolivia asumió la compra de equipos y contratación de personal adicional para la atención de pacientes con COVID-19<sup>59</sup> que, de acuerdo con la Ley de Autonomía y Descentralización, corresponde a los municipios y departamentos.

Para el caso de Bolivia (Estado Plurinacional de), es importante resaltar que **el país no contaba con un sistema de información integral sobre RHS, sino que tenían como base las planillas de pago del personal regular.** Esto dificultaba aún más el seguimiento por la autonomía en la contratación a nivel departamental y municipal mencionada antes. Con estas consideraciones estructurales del sistema boliviano, se estableció una Unidad de gestión y administración de RHS,<sup>60</sup> como parte de la nueva estructura del MS Bolivia (8).<sup>61</sup> Entre sus principales funciones están orientar la gestión de los RHS, coordinar acciones que faciliten la atención al trabajador en salud en el cumplimiento de sus derechos y obligaciones laborales y supervisar las funciones del personal dependiente de las SEDES.

59 *Ibidem*.

60 Esta unidad de gestión y administración de RHS fue creada en La Paz con el objetivo de administrar, gestionar y desarrollar la capacidad técnica de los RHS a través de la aplicación de normativas que fortalezcan las redes integrales y funcionales de servicios de salud, para una prestación de servicios con equidad, eficacia y eficiencia en beneficio de la población. Para más información, véase: Gobierno Autónomo Departamental de La Paz. Servicio Departamental de Salud de La Paz. La Paz: SEDES; 2020. Disponible en: <https://www.sedeslapaz.gob.bo/>.

61 A partir del Decreto Supremo N.º 4257 del 4 de junio del 2020 y la Resolución Ministerial N.º 0355 del 23 de julio del 2020. Para más información, véase <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/edicions/view/1275NEC>.

62 El Banco Mundial facilitó la reasignación para el gasto en RHS de recursos de préstamos aprobados previamente para la construcción de hospitales (para más información, véase el cuadro A1.6 del anexo 1).

A continuación, se mencionan los mecanismos usados en Bolivia (Estado Plurinacional de) para aumentar la disponibilidad de los RHS:

- **Reclutamiento.** Para hacer frente a la pandemia de COVID-19, el MS Bolivia planteó la necesidad de contratar RHS para fortalecer los servicios hospitalarios en todo el país, por lo que se realizó una asignación financiera de US\$ 25 664 925,22 con el objetivo de lograr un total de **7628 nuevas contrataciones durante tres meses** en las cinco áreas de intervención (véase el cuadro A1.1 en el anexo 1): **1)** UCI, **2)** sala general de internación, **3)** centros de aislamiento para pacientes con COVID-19, **4)** RISS y **5)** brigadas de monitoreo y vigilancia comunitaria (9).

A través de Decreto Supremo N.º 4224 del 24 de abril del 2020 se autoriza a la Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico (AISEM) a gestionar y contratar RHS, mientras dure la emergencia de salud nacional (68). Por Resolución Ministerial N.º 0260 del 12 de mayo del 2020, el MS Bolivia autoriza la contratación directa de servicios de consultoría de personal de salud para la contención de la pandemia de COVID-19 en todo el territorio nacional (en el cuadro A1.3 se resume la legislación sobre el reclutamiento de RHS para la atención de la pandemia).

Más tarde, por Resolución Ministerial N.º 0344 de 13 de julio del 2020, el MS Bolivia autorizó a la AISEM a realizar todas **las contrataciones de profesionales del área de salud con financiamiento del Banco Mundial**,<sup>62</sup> con los requisitos necesarios para su contratación, prescindiendo de las formalidades de inscripción en el MS Bolivia. En coordinación con el Banco Mundial, se definió un proceso de reclutamiento rápido y sencillo, mediante la modalidad de contratación de servicios

de no consultoría, establecida en las normas y procedimientos de contratación del Banco Mundial.<sup>63</sup>

En una etapa inicial, a fin de operativizar la contratación de RHS, el MS Bolivia formó una comisión con personal de la Dirección General de Servicios de Salud para que, con el apoyo técnico de la OPS, esta coadyuvara en la recepción de solicitudes de contratación de los diferentes departamentos, revisión del cumplimiento de requisitos previamente establecidos y canalización de los documentos a la AISEM como entidad responsable del proceso de contratación. En el proceso se presentaron diferentes problemas y dudas administrativas, entre ellas la referida a la partida para la realización de pagos por los servicios de no consultoría.

Luego se introdujo un cambio en el procedimiento, producto de la decisión del ministro interino del MS Bolivia. Con la finalidad de agilizar los tiempos de contratación para la emergencia, se suprimió la participación la comisión formada por personal de la Dirección General de Servicios de Salud de los procesos de contratación. Es así que las tareas de coadyuvar en la recepción de solicitudes de contratación de los diferentes departamentos, la revisión del cumplimiento de requisitos previamente establecidos y la canalización de los documentos a la AISEM como entidad responsable del proceso de contratación pasaron a ser responsabilidad del representante ministerial en cada departamento.

La ministra de salud, restablecida en sus funciones,<sup>64</sup> definió que se retomara el procedimiento inicial con la participación de la comisión con personal de la Dirección General de Servicios de Salud, que volvió a realizar las tareas de recepción de solicitudes de contratación de los diferentes

departamentos, la revisión del cumplimiento de requisitos previamente establecidos y la canalización de los documentos a la AISEM como entidad responsable del proceso de contratación.<sup>65</sup>



<sup>63</sup> En aplicación al procedimiento de contratación de servicios de no consultoría del Banco Mundial, la no objeción y el reglamento operativo del programa aprobado, se realizaron contratos de prestación de servicios. Este proceso fue realizado por la Unidad ejecutora del convenio de crédito mediante invitación directa a los profesionales seleccionados por los establecimientos de salud, gobiernos autónomos municipales y servicios departamentales de salud por un plazo definido de 90 días.

<sup>64</sup> Una vez concluido el interinato del ministro de salud, asumido por el ministro de defensa dado que la ministra de salud recibió el diagnóstico de COVID-19 en agosto del 2020. Para más información, véase: Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de). Ministra de Salud retoma sus funciones tras "recuperación favorable" del coronavirus. La Paz, MS de Bolivia; 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/4498-ministra-de-salud-retoma-sus-funciones-tras-recuperacion-favorable-del-coronavirus>.

<sup>65</sup> Las justificaciones efectuadas por los establecimientos de salud, los SEDES o el Gobierno Autónomo Municipal sobre su capacidad y requerimiento con base en el número de atenciones proyectadas, no fueron realizadas en un solo informe por la totalidad de personal requerido por departamento o municipio, sino que se realizaron conforme se desarrollaba el análisis para la justificación. Así, cada proceso podía abarcar varios hospitales o incluso varios municipios de cada departamento, y se consideró también un cronograma de intervención según el desarrollo de la pandemia y la creación de las unidades de terapia intensiva en los EEES.

Producto de la aplicación de la estrategia en cuanto a los RHS para la atención durante la pandemia de COVID-19, se han realizado 71 procesos para la contratación total de 6777 profesionales y trabajadores en salud en los 9 departamentos de Bolivia (cuadros 8 y 9).

En total, el MS Bolivia realizó 6777 nuevas contrataciones para el sector público en todo el territorio nacional.<sup>66</sup> Estas se realizaron principalmente en las áreas urbanas y periurbanas de las ciudades capitales, que fueron más afectadas por la pandemia, pero no respondieron al número de habitantes de cada departamento, sino que, en una etapa inicial, respondió a la programación y la capacidad de gestión de cada departamento, en una segunda etapa a los ajustes de acuerdo a las necesidades detectadas en cada departamento y, en la etapa

final, a las justificaciones técnicas expuestas según la etapa y el comportamiento de la pandemia.

En noviembre del 2020, luego de elecciones generales, y con el cambio de gobierno, se realizó una rápida evaluación de los mecanismos utilizados para ampliar el personal de salud para la respuesta a COVID-19. De esta manera, se decidió retomar un enfoque de mayor estabilidad mediante el financiamiento de la contratación con recursos regulares y no de cooperación internacional. Para ello, se autorizó que los gobiernos subnacionales utilizaran saldos de ejecución del presupuesto del 2020 para contratar personal para dar respuesta a la pandemia de COVID-19.

En el último trimestre del 2020 se produjo una disminución significativa de casos confirmados de

**Cuadro 8.** Recursos humanos para la salud contratados por departamento en el Estado Plurinacional de Bolivia (al mes de octubre del 2020)

Departamento	RHS contratados (n)
Beni	668
Cochabamba	425
Chuquisaca	724
La Paz	1794
Oruro	837
Pando	452
Potosí	552
Santa Cruz	942
Tarija	377
Ministerio de Salud	6
<b>Total</b>	<b>6777</b>

RHS: recursos humanos para la salud

**Fuente:** respuesta del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de) al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 2 de diciembre del 2020.

**Cuadro 9.** Recursos humanos para la salud contratados por grupo ocupacional en el Estado Plurinacional de Bolivia (al mes de octubre del 2020)

Grupo ocupacional	RHS contratado (n)
Personal médico intensivista	95
Personal médico especialista	589
Personal de medicina general	1736
Profesionales de enfermería	918
Auxiliares de enfermería	1478
Personal bioquímico	146
Otros profesionales y técnicos	453
Personal de apoyo	284
Personal de informática o comunicación	1078
<b>Total</b>	<b>6777</b>

RHS: recursos humanos para la salud

**Fuente:** respuesta del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de) al cuestionario por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 2 de diciembre del 2020.

<sup>66</sup> Esta cifra corresponde al total de RHS contratados al mes de octubre del 2020. Sin embargo, se tenía planificada una contratación total durante la emergencia de 7628 nuevas contrataciones.

COVID-19, por lo que el personal contratado se redujo aproximadamente 40%.<sup>67</sup>

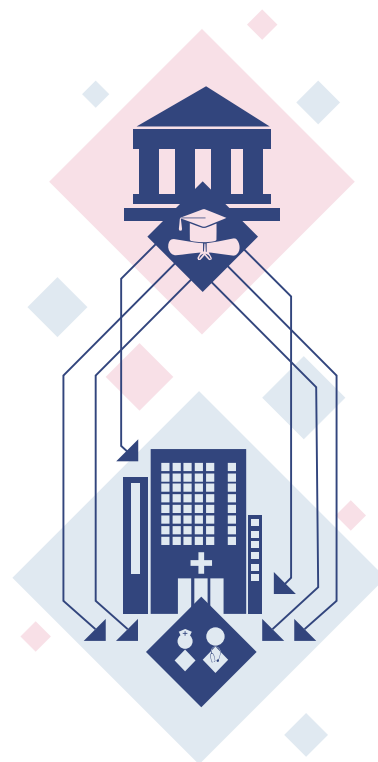
- **Reasignación.** El MS Bolivia **no aplicó un plan de reasignación de RHS en los niveles de atención;**<sup>68</sup> sin embargo, durante el período del ministro interino de salud, con base en la coordinación realizada con las autoridades ministeriales departamentales, se identificaron necesidades de apoyo a hospitales que no habían sido considerados en la programación inicial.

En los **períodos iniciales se redistribuyeron alrededor de 800 trabajadores** de programas nacionales (TeleSalud y Salud Familiar y Comunitaria) hacia los departamentos con más casos de COVID-19 (Santa Cruz y Beni). Se realizaron más reasignaciones de RHS en el primer nivel de atención para las áreas de triaje, aislamiento y conformación de brigadas de monitoreo de contactos y vigilancia comunitaria, y hospitalización para la atención de pacientes con COVID-19 en UCI. Estas actividades fluctuaban según el comportamiento de la curva epidémica en cada departamento. Se reasignaron 3600 personas en total.

- **Turnos ampliados.** Con base en la proyección del número de profesionales de la salud infectados, la evaluación de capacidades y servicios, y el establecimiento de brechas en el sector de salud, se proyectó una cantidad de profesionales para las UCI y las salas generales y se verificó que la cantidad de personal médico especializado, sobre todo en terapia intensiva, para atender a los pacientes de COVID-19 era menor a lo requerido. Dado lo anterior, **se aumentó la carga de trabajo de los profesionales existentes, incluso hasta duplicar la cantidad de horas de trabajo**, en diferentes establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

A efectos de cubrir los turnos adicionales en los servicios de UCI ampliados, se emitió la Ley 1298 del 20 de mayo del 2020<sup>69</sup> que permitió **viabilizar el pago de doble turno y salario al personal asignado a los servicios de atención COVID-19**, desde el primer nivel de atención hasta la atención en UCI (69) (para más información, véase el cuadro A1.4).

- **Profesionales de salud recién egresados.** Durante el período de ejercicio del ministro interino de Salud, se **flexibilizaron los requisitos para las contrataciones de profesionales y auxiliares recién egresados.** En una primera etapa solo se movilizaron personal médico y profesionales y auxiliares de enfermería, como una medida paliativa. En una segunda etapa, ante la necesidad de mayor número de RHS, en especial en municipios de áreas rurales, mediante reso-



<sup>67</sup> Es importante recordar que este cálculo es aproximado dado que, en el país, los gobiernos departamentales (9) y municipales (339) están autorizados por Ley de Autonomías a contratar servicios de salud. Esto se expresa en múltiples y variadas modalidades de contrato temporal de personal, con muy poca capacidad real de monitoreo y regulación del Ministerio de Salud.

<sup>68</sup> No obstante, existieron casos puntuales de reasignación temporal de personal de salud en los diferentes niveles de atención de manera local por decisiones municipales (que administran el primero y segundo nivel de atención).

<sup>69</sup> Inicialmente se promulgó el Decreto Supremo N.º 4204 del 1 de abril del 2020 en este sentido. Para más información, véase: Decreto Supremo 4204 del 1 de abril del 2020. Durante el período de emergencia sanitaria nacional, se exceptúa a los profesionales de salud de la aplicación del Presupuesto General del Estado Gestión 2020. Para más información, véase: <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar/4204>.

lución biministerial de las carteras de educación y salud se autorizó contratar recién egresados para participación y apoyo en las brigadas de vigilancia comunitaria activa (70). Asimismo, se autorizó la contratación de personal médico especializado en proceso de titulación para cubrir rápidamente los servicios y camas de sala general añadidos. Se contrataron 220 especialistas que cursaban el año de servicio social obligatorio para proveer servicios relacionados con la atención de pacientes con COVID-19.

- **Trabajo voluntario.** Desde octubre del 2020 se estableció un acuerdo con universidades públicas y privadas para que sus egresados y egresadas pudieran involucrarse de manera voluntaria en la respuesta a la COVID-19. Se incorporaron aproximadamente **450 personas voluntarias**.
- **Trabajo de estudiantes de pregrado en práctica.** Al inicio de la pandemia en Bolivia (Estado Plurinacional de), las universidades tomaron la determinación de retirar a los y las estudiantes practicantes de las carreras de salud de los establecimientos de salud, por temor a represalias legales de los padres de familia. Esta situación profundizó la crisis en la capacidad de respuesta del sistema. Posteriormente, quienes cursaban el último año de la carrera de medicina y otras ciencias de la salud realizaron su formación comunitaria en los centros de salud y se integraron a las brigadas comunitarias. Se incorporaron aproximadamente 300 estudiantes.

Con el ajuste del plan de acción para hacer frente a la COVID-19 para el período que se **denominó de posconfinamiento en septiembre del 2020, se asignó mayor apoyo y desarrollo al primer nivel de atención a través de la Estrategia de Vigilancia Comunitaria Activa.** Esta transición entre los planes no alteró de manera cuantitativa la programación de RHS, pero se adecuó la asignación de los RHS para el primer nivel de atención, inicialmente para el monitoreo de casos y contactos de personas con COVID-19, con un enfoque más integral que permitiera el apoyo en la recuperación de los servicios esenciales.

En el cuadro 10 se muestra la cuantificación disponible de los mecanismos usados en el país para contar con RHS disponibles para atender la emergencia causada por la COVID-19.

Una de las problemáticas que ha surgido con las nuevas contrataciones ha sido **el retraso de pagos a los RHS, debido a las siguientes razones de tipo administrativo:**

- Errores en los informes de actividades de los profesionales de salud, que dan soporte al pago de la remuneración.
- Retrasos tanto en la presentación como en el envío de los informes de actividades por parte del representante ministerial en cada departamento.
- Interpretación inadecuada de las planillas de asistencia de los profesionales de salud
- Problemas de coordinación para la realización de pagos entre las unidades administrativa, financiera y jurídica.

**Cuadro 10.** Disponibilidad de los recursos humanos para la salud para atender pacientes con enfermedad por el coronavirus del 2019 en el subsistema público de salud en el Estado Plurinacional de Bolivia

Mecanismo de disponibilidad	RHS
Reclutamiento <sup>a</sup>	6777
Reasignación	3600
Recién egresados y egresadas	220
Trabajo voluntario	450
Estudiantes de pregrado en práctica	300
<b>Total</b>	<b>11 347</b>

RHS: recursos humanos para la salud.

**Nota:**

**a** Se contrataron 6777 RHS de los 7628 programados.

**Fuente:** respuesta del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de) al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio, recibida el 2 de diciembre del 2020. Datos al mes de octubre del 2020.



Para mitigar estos problemas, se implementaron medidas para dar solución a los RHS que consistieron en **capacitaciones presenciales para el cumplimiento de formalidades exigidas para los pagos**, simplificación de los requisitos formales para la realización de pagos, estandarización de criterios para el personal de la AISEM en las áreas administrativa y financiera respecto al procesamiento de las planillas de asistencia del personal de salud, y aumento de personal administrativo para el procesamiento de pagos.

**No se otorgaron incentivos económicos directos, aunque sí se acordaron escalas salariales por encima de la media.** Los incentivos para los RHS estuvieron orientados a establecer un salario acorde a la responsabilidad, la experiencia y el nivel de resolución en los hospitales, para transformarlo un incentivo para los profesionales de la salud y hacer frente a la pandemia. Se estableció un nivel salarial acorde a las expectativas de los profesionales según el área de intervención. Además, se aprobó por la Ley N.º 1298 del 20 de mayo del 2020 (69) por la cual **los profesionales especialistas pueden trabajar en doble jornada y acceder a doble salario.** No se tiene referencia específica sobre la entrega de incentivos económicos en el sector privado.

### 1.3.3 Protección y apoyo a los recursos humanos para la salud

Al estar en la primera línea de atención en los servicios de salud, los RHS constituyen un grupo de alto riesgo vulnerable a la infección y a experimentar alteraciones de salud mental, lo que requiere estrategias multidimensionales e integradas para abordar este problema de forma adecuada. En este apartado se describen las actividades diseñadas en el país para abordar la protección y seguridad de los profesionales de la salud.

#### 1.3.3.1. Seguridad y salud en el trabajo y prevención y control de infecciones

En marzo del 2020 se estableció un **confinamiento preventivo mediante licencias** con derecho a remuneración a los RHS con enfermedad de base, personas mayores de 60 años, personas embarazadas, y padre, madre o tutor de personas menores de 5 años (71). Se calcula que, en promedio, **35% del personal se acogió a esta medida**, con variaciones entre niveles y departamentos; los porcentajes fueron más bajos en los departamentos con personal más joven. Sin embargo, esta medida fue abolida con fecha 1 de junio del 2020 mediante el Decreto Supremo 4245 del 2020 (72), que levanta la declaratoria de emergencia sanitaria nacional, y **obligó así a todo los RHS a retornar sus funciones laborales** (en el cuadro A1.5 del anexo 1 se recopila la legislación sobre seguridad y salud en el trabajo y PCI).

Para el manejo de la pandemia, el MS Bolivia emitió nueve protocolos para la prevención, protección y seguridad laboral en el manejo de la COVID-19,<sup>70</sup> que se mencionan a continuación:

1. Protocolo para el diagnóstico.
2. Guía de manejo de pacientes.
3. Guía COVID-19.
4. Guía de procedimiento de manejo de cadáveres.
5. Guía de diagnóstico y tratamiento.
6. Instalaciones deportivas en el marco de la COVID-19.
7. Norma técnica de procedimientos de bioseguridad.
8. Plasma inmune.
9. Protocolo de ginecoobstetricia.



<sup>70</sup> En un principio, se promulgó el Decreto Supremo N.º 4204 del 1 de abril del 2020 en este sentido. Para más información, véase: Decreto Supremo N.º 4204/2020, del 1 de abril. Durante el período de emergencia sanitaria nacional, se exceptúa a los profesionales de salud de la aplicación del Presupuesto General del Estado Gestión 2020. La Paz: Presidencia de la República; 2020. Disponible en <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar/4204>.

En relación con tema de pruebas de detección y vigilancia epidemiológica en los ámbitos nacionales o locales, el MS Bolivia **emitió una normativa para que el personal de salud reciba atención prioritaria, para reducir el tiempo de ausencia en los establecimientos por demora en entrega de resultados. Esta medida no se pudo aplicar debido a la escasez de insumos de laboratorio.**

Por otro lado, se realizó una adecuación del servicio efectuado mediante los siguientes mecanismos:

- Creación de flujogramas de vías de ingreso y salida exclusivas para los RHS.
- Delimitación de áreas roja, amarilla y verde, área de transición y señalética.
- Habilitación de áreas de retiro y colocación de EPP.
- Mejora de las instalaciones con lavamanos y habilitación de duchas.
- Capacitación en campo del personal sobre temas generales de bioseguridad y específicos del área de tratamiento intensivo.
- Ampliación de los horarios de los turnos, de manera que reducir al mínimo la circulación de ingreso y salida de los servicios de terapia intensiva.

El Decreto Supremo N.º 4217 del 14 de abril del 2020 (41) señala que se emita la contratación de un **seguro de salud y vida** para profesionales y trabajadores de salud relacionados con la atención de la COVID-19. La cobertura del seguro comprende invalidez total y permanente o muerte por valor de 100 000 bolivianos (BOB) (equivalentes a US\$ 15 000) en ambos casos para el personal que trabaje en establecimientos de salud dedicados a la atención de pacientes con COVID-19, clínicas y otros subsectores públicos, de la seguridad social

de corto plazo y privado del sistema nacional de salud. Con esta medida se beneficiaron aproximadamente 400 personas.

Se presentaron experiencias aisladas y de corta duración en algunos municipios que contrataron hoteles o habilitaron algunas residencias para los RHS que, de forma voluntaria, preferían esa residencia temporal a su domicilio. Durante el confinamiento, varios municipios habilitaron ómnibus para el traslado de RHS.

Los RHS están particularmente expuestos a los efectos negativos en la salud mental, tanto por la incertidumbre que se genera al enfrentarse a una patología nueva, como la preocupación de exponer a su propia familia a enfermarse, a lo cual se puede agregar la sobrecarga de trabajo en contextos de escasez de RHS. En el país, **se presentaron renuncias de los RHS o pidieron licencias por miedo a contraer la enfermedad**,<sup>71</sup> en gran medida debido a la escasez de EPP en todo el territorio boliviano, por la demora en los procesos de compra y a la saturación del mercado mundial. Por otra parte, quienes tenían un empleo precario mediante contratos de corta duración (tres meses) prefirieron renunciar a seguir expuestos al virus, dado que la calidad de su contrato era baja. Se realizaron capacitaciones por medios virtuales para reducir el temor de los RHS para atender a pacientes con COVID-19, así como iniciativas de apoyo psicológico.

### 1.3.3.2. Capacitación

Las actividades de capacitación a los RHS contratados para el sector público incluyeron acciones orientadas a la actualización de conocimientos, información, comprensión y modificación de actitudes, comportamientos y hábitos de los RHS. Las modalidades para estas capacitaciones incluyeron:

71 A modo de ejemplo, en el departamento de Oruro se realizó una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas en el personal de salud, que mostró que el personal de salud sentía temor, consideraba que su fuente laboral no era segura y que eran potenciales vectores de transmisión incluso a su familia. Tras la renuncia de profesionales de la salud por la falta de insumos y temor ante el incremento de casos de COVID-19 en Beni, el Hospital Germán Busch, centro centinela para atender estos casos, trabajó con 40% de su personal. El director del hospital, Marco Rojas, informó que se requerían 74 profesionales (24 de personal médico y 50 de enfermería) para brindar una atención adecuada. Para más información, véase: Cuevas C. Médicos y enfermeras renuncian y dejan con 40% de personal al hospital centinela de Beni para COVID-19. La Razón; 9 de mayo del 2020. Disponible en <https://www.la-razon.com/sociedad/2020/05/09/medicos-y-enfermeras-renuncian-y-dejan-con-40-de-personal-al-hospital-centinela-de-beni-para-covid-19/>.

1. Cursos virtuales de autoaprendizaje sobre COVID-19, orientados al total de los RHS contratados, mediante capacitación sobre temas imprescindibles como bioseguridad, PCI, apoyo psicológico, y manejo clínico, entre otros. En el caso de los cursos de autoaprendizaje disponibles en la plataforma del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS, se brinda un espacio de aprendizaje dinámico que maximiza el proceso de capacitación, a través de documentos, presentaciones, videos, esquemas y formularios de evaluación.
2. Cursos semipresenciales para la capacitación en guías y protocolos de atención de la COVID-19 y capacitación en procedimientos de manejo clínico de casos de COVID-19.

El recurso humano adicional contratado por el MS Bolivia al momento del ingreso a sus funciones en cada hospital recibió la inducción y la

capacitación correspondientes en cada área (terapia intensiva y hospitalización).

**De un total de 3038 RHS contratados para las áreas** de centros de aislamiento, fortalecimiento a redes y brigadas de monitoreo de contactos y vigilancia comunitaria, **se brindó capacitación a 261 en el departamento de La Paz (sede de gobierno), lo que equivale a 9%**. El resto del personal fue capacitado por los SEDES. Los recursos educativos entendidos como materiales didácticos, de aprendizaje o investigación que se encuentran disponibles para la capacitación y facilitan su desarrollo, se usaron con los brigadistas de vigilancia comunitaria, el personal de apoyo a las coordinaciones de red y los centros de recuperación en el departamento de La Paz y Oruro. Se usaron principalmente diapositivas en PowerPoint®, videos y esquemas, a través de plataformas de videoconferencias (Webex®, Zoom® y Teams®)

**Cuadro 11.** Plan de vacunación contra la enfermedad por el coronavirus del 2019 en el Estado Plurinacional de Bolivia

Fase	Población objetivo	Meta en número de personas	Modalidad de vacunación	Fecha
I	Etapa 1: RHS	179 667	En servicio <sup>a</sup>	29 de enero al 31 marzo del 2021
	Etapa 2: personas >60 años	1 191 515	En servicio <sup>a</sup> Puestos fijos <sup>b</sup> Brigadas móviles <sup>c</sup>	Abril del 2021
	Etapa 3: personas de 18-59 años con enfermedad crónica	1 317 561	En servicio <sup>a</sup> Puestos fijos <sup>b</sup> Brigadas móviles <sup>c</sup>	Abril del 2021
II	Personas sanas de 18-59 años	4 491 685	Sin información	Desde mayo a agosto del 2021

RHS: recursos humanos para la salud.

**Notas:**

- a Vacunación dentro de la red de servicios de salud utilizando vacunas que deben ser conservadas en temperaturas de refrigeración de 2 °C a 8 °C.
- b Vacunación en puestos fijos en lugares accesibles de mayor afluencia: bancos, lugares de distribución de alimentos, colegios, iglesias y parques. Se requiere una comunicación anticipada de dichos lugares mediante convocatorias a la población priorizada y aseguramiento de la infraestructura necesaria, ya que se aplican vacunas que deben conservarse a temperaturas bajas y ultrabajas (-20 °C a -70 °C). Se planificó la instalación de 66 puestos fijos en las 9 regiones, con asistencia de ambulancia equipadas y con personal médico especialista, y con 2000 brigadistas con capacidad de vacunar 200 000 personas al día.
- c Vacunación por fuera de la red de servicios de salud mediante brigadas móviles que complementen el trabajo de las redes de servicios de salud con asistencia médica, en localidades y comunidades que no cuentan con centros de vacunación; se planifica aprovechar la infraestructura de las ferias barriales u otras actividades zonales.

**Fuentes:** Ministerio de Salud y de Bolivia (Estado Plurinacional de). Inmunización COVID-19: 2.120 profesionales en salud recibieron la primera dosis de la vacuna Sputnik. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 3 de febrero del 2021. Disponible en <https://www.minsalud.gob.bo/5251-inmunizacion-covid-19-2-120-profesionales-en-salud-recipientes-la-primera-dosis-de-la-vacuna-sputnik-v> y Ministerio de Salud y de Bolivia (Estado Plurinacional de). Bolivia pone en marcha la campaña de vacunación masiva contra la COVID-19. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 12 de marzo del 2021. Disponible en <https://www.minsalud.gob.bo/5371-vacunacion-masiva-marcha>.

y chat, chat de voz, audio y asociación en grupos virtuales, talleres presenciales y capacitación en servicio.

**En vistas de una segunda ola de COVID-19, se desarrolló una cultura del uso de diversas plataformas y aplicaciones informáticas** que permiten una interacción adecuada, para desarrollar procesos de capacitación a través de la modalidad virtual en la mayoría de los casos.

### 1.3.3.3. Vacunación

El objetivo del **plan de vacunación en Bolivia (Estado Plurinacional de) es inmunizar a 100% de la población vacunable, que corresponde a 7 435 481** personas con 15 791 392 de dosis. Para acceder a la vacuna es necesario registrarse en una página web (73), la aplicación para teléfonos móviles Bolivia Segura-Unidos Contra la COVID-19 o la línea telefónica gratuita 800-10-4110 (74).

En el cuadro 11 se detalla el plan de vacunación por fases, fechas y población objetivo.

Para lograr estos objetivos, el Gobierno ha concretado el acceso a las vacunas de los siguientes laboratorios:

1. **Gamaleya:** 5 200 000 dosis.
2. **Sinopharm:** 600 000 dosis.
3. **AstraZeneca:** 5 000 000 dosis.
4. **Mecanismo COVAX para el Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19:** 92 430 dosis del laboratorio Pfizer y 4 898 962 dosis del laboratorio AstraZeneca.

Por otra parte, se ha planificado la disponibilidad de **RHS con 12 000 personas distribuidas en 4000 brigadas de 3 personas cada una.**

La capacitación de los RHS es fundamental por sus dos funciones, ya que debe recibir la vacuna y, además, promover la vacunación de la población priorizada por su vulnerabilidad. La capacitación tendrá foco en los temas de principal preocupación, como son la seguridad de la vacuna y la posible aparición de efectos adversos. Es así que, al 14 de marzo del 2021 se había realizado 60% de las capacitaciones teóricas planificadas por medios virtuales sobre el manejo apropiado de los protocolos de vigilancia e investigación, así como el manejo de la información en situación de crisis<sup>72</sup>. Para la capacitación se utilizan plataformas virtuales de Telesalud, del Sistema nacional de Información en Salud y de la OPS.

La posibilidad de aplicar las vacunas en un servicio de salud es variable entre los departamentos, con La Paz y Santa Cruz como los de mayor disponibilidad y Pando con la menor disponibilidad.

**Al 12 de abril del 2021, se habían aplicado 447 717 dosis totales**, entre la primera y la segunda dosis de las vacunas de los laboratorios Gamaleya, Sinopharm y AstraZeneca. Entre las personas vacunadas, 302 991 pertenecientes a los grupos de personal de la salud y personas con enfermedad de base recibieron la primera dosis de la vacuna, 144 426 recibieron la segunda dosis (75).

### 1.3.4. Financiamiento

El Gobierno boliviano asignó recursos financieros adicionales para la respuesta a la epidemia, y movilizó tanto recursos fiscales<sup>73</sup> como de la cooperación internacional (cuadro 12). El monto global programado ascendió a 260 millones US\$ para fortalecimiento de hospitales con equipamiento e insumos, proveniente de tres fuentes de financiamiento: crédito externo del Banco Mundial (90%), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Corporación Andina de Fomento.<sup>74</sup>

72 El contenido de la capacitación se relaciona con la seguridad e inocuidad de la vacuna, la microplanificación y el sistema de información: censo prerregistro y registro nominal electrónico, técnica de administración, cadena de frío, vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización, monitoreo, evaluación, y educación virtual interpersonal y grupal con las poblaciones priorizadas y no priorizadas.

73 Hubo una disminución de la recaudación fiscal como consecuencia de la crisis económica por los confinamientos prolongados, lo que ha llevado a una gran dificultad para movilizar recursos adicionales, incluso para garantizar el pago del salario del personal regular. Por este motivo, se movilizaron recursos de cooperación internacional, en su mayoría como endeudamiento.

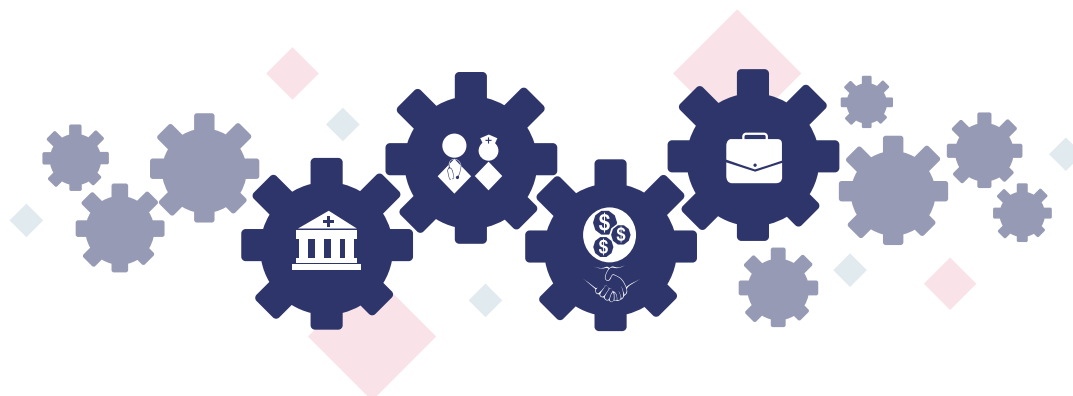
74 Respuesta del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de) al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio, recibida el 2 de diciembre de 2020.

**Cuadro 12.** Planificación financiera para la contratación de recursos humanos para la salud en el Estado Plurinacional de Bolivia

Área de intervención	RHS	Costo para 3 meses (BOB)	Costo para 3 meses \$US\$
Unidades de terapia intensiva	2461	3 835 289,65	11 505 868,95
Hospital y urgencias	1989	2 135 246,94	6 405 740,82
Laboratorio	42	56 828,57	170 485,71
Redes de COVID-19	188	252 045,92	756 137,76
Monitoreo y vigilancia epidemiológica	2431	1 806 074,93	5 451 819,53
Centros de aislamiento	479	390 486,73	1 171 460,20
Brigadas de acción rápida	15	28 695,04	86 085,13
Fortalecimiento institucional	23	39 109,04	117 327,11
<b>Total</b>	<b>7628</b>	<b>8 543 776,82</b>	<b>25 664 925,22</b>

BOB: bolivianos (moneda local); COVID-19: enfermedad por el coronavirus 2019; RHS: recursos humanos para la salud; US\$: dólares estadounidenses.

**Fuente:** Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de). Estrategia de vigilancia comunitaria: plan de contención, mitigación y recuperación post confinamiento en respuesta a la COVID-19. La Paz: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/?task=download.send&id=550&catid=30&m=0&Itemid=646>. Datos a julio del 2020.



En abril del 2020, para dar cumplimiento al plan de fortalecimiento de RHS para la atención de emergencia, se proyectó una **contratación de 7484 personas por 3 meses, por lo que se requería un presupuesto aproximado de US\$ 25 043 668,08** (para más información, véase el cuadro A1.2 en el anexo 1). Esto fue reevaluado en julio del 2020, cuando se proyectó la contratación de 7628 RHS,

distribuidos en equipos multidisciplinarios de intervención para cada área, con un costo previsto para 3 meses de US\$ 25 664 925,22 (8).

Es importante tener presente que esta planificación financiera se hizo en un contexto con 39 000 casos de COVID-19; sin embargo, al 13 de abril del 2021 se han presentado 283 084 casos (75).

## 1.4. Conclusiones y desafíos

En el cuadro 13 se resumen los mecanismos utilizados en Bolivia (Estado Plurinacional de) para fortalecer los RHS y dar respuesta a la pandemia de

COVID-19, en términos de disponibilidad, capacitación, protección, bienestar y remuneración.

**Cuadro 13.** Estrategias y mecanismos para abordar aspectos relacionados a los recursos humanos para la salud para responder a la enfermedad por el coronavirus del 2019 en el Estado Plurinacional de Bolivia

Estrategia	Mecanismo de aplicación
<b>Pilar 1. Preparación para dar respuesta inicial a la emergencia de salud</b>	
<b>Estimación de necesidades de RHS para la respuesta inicial a la COVID-19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En abril del 2020, Bolivia (Estado Plurinacional de) estimó un faltante de 6700 trabajadores, consideradas las camas hospitalarias y de UCI adicionales, para atender 39 000 casos de COVID-19.</li> <li>• Requerimiento de contratación de 7628 profesionales de la salud para la atención de casos con diagnóstico presuntivo, probable y confirmado en los establecimientos públicos por un período de 3 meses.</li> <li>• En marzo del 2020 se definieron los grupos de riesgo en los RHS para otorgar licencia laboral, pero dada la escasez de personal, esta medida se abolió en junio del 2020.</li> <li>• Entre marzo y junio del 2020, 35% de los RHS se acogieron a la licencia laboral dada a los grupos de riesgo.</li> </ul>
<b>Pilar 2. Fortalecimiento de los RHS para aumentar la capacidad de respuesta del sistema de salud</b>	
<b>Aumentar la disponibilidad de RHS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se utilizaron mecanismos para aumentar la capacidad de los RHS, enfocados en:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de contratación (6777 personas al mes de octubre del 2020);</li> <li>• Reasignación de personal asistencial de servicios no relacionados con la atención de la COVID-19 a servicios relacionados con la atención de la enfermedad (3600 personas al mes de octubre del 2020).</li> <li>• Contratación de recién egresados (220 personas al mes de octubre del 2020).</li> <li>• Trabajo voluntario de recién egresados (450 personas al mes de octubre del 2020).</li> <li>• Estudiantes de pregrado en práctica (300 personas al mes de octubre del 2020).</li> <li>• Turnos ampliados con aumento de la remuneración.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Aumentar la disponibilidad de RHS para las unidades de cuidado intensivo y hospitalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de contratación.</li> <li>• Reasignación de personal asistencial de servicios no relacionados con la atención de la COVID-19 a servicios relacionados con la atención de la enfermedad.</li> <li>• Turnos ampliados con aumento de la remuneración.</li> </ul>
<b>Mejora en las condiciones de trabajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de salud y de vida (400 personas al mes de octubre del 2020).</li> <li>• Escalas salariales por encima de la media acorde a la responsabilidad, la experiencia y el nivel de resolución en los hospitales.</li> </ul>
<b>Definir nuevas competencias para los RHS para la prevención y el tratamiento de la COVID-19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cursos virtuales de autoaprendizaje sobre diferentes aspectos relacionados con la COVID-19, como bioseguridad, PCI, apoyo psicológico y manejo clínico.</li> <li>• Cursos semipresenciales para la capacitación en guías y protocolos de atención de la COVID-19 y capacitación en procedimientos de manejo clínico de casos de COVID-19.</li> </ul>

Estrategia	Mecanismo de aplicación
<b>Seguridad y salud en el trabajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuación del servicio efectuado para prevenir la infección por COVID-19 en las instalaciones de salud.</li> <li>• Pruebas de detección viral prioritarias para los RHS, aunque con dificultades por la falta de insumos.</li> <li>• Algunas medidas para aumentar el bienestar relacionadas con el descanso y el transporte.</li> </ul>
<b>Pilar 3. Revisión y actualización de medidas</b>	
<b>Mantener la disponibilidad de los RHS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de contención, mitigación y recuperación posconfinamiento en respuesta a la COVID-19 con una estrategia de vigilancia comunitaria activa, con asignación de más apoyo y desarrollo al primer nivel. Entre las estrategias de este plan se encuentran los RHS para el fortalecimiento de los servicios de salud.</li> <li>• Plan de vacunación con prioridad para los RHS.</li> </ul>

COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; PCI: prevención y control de infecciones; RHS: recursos humanos para la salud, UCI: unidades de cuidado intensivo.

## 1.5. Tareas futuras

Se planifica la institucionalización progresiva de los RHS adicionales, pues será necesario extenderla, como respuesta a la COVID-19, por los próximos 3 a 5 años. Además, se prevé la transición de contratos transitorios a contratos con mayores beneficios y con mejores condiciones de estabilidad laboral.

Con base en las experiencias de esta primera etapa de la pandemia, en la cual quedaron en evidencia las debilidades del sistema de salud en general y, en particular, en la gestión de los RHS, será necesario revisar y ajustar las nuevas brechas de RHS y aplicar criterios de priorización. De esta manera, será posible proyectar los RHS necesarios, especialmente a nivel municipal, con el fin de fortalecer la capacidad de respuesta del primer nivel de atención. Para esto se requiere una gestión centralizada de la información sobre los RHS.

La estrategia de respuesta en términos de RHS ha estado amparada por normas transitorias cuya duración depende de la emergencia, por lo que se debe trabajar en ajustes institucionales de carácter estructural. La gestión integrada de los RHS bajo rectoría de una sola instancia es crítica para su manejo más eficiente.

Por otra parte, es necesario revisar las siguientes medidas que se tomaron, en vistas de la segunda ola epidémica:

1. Eliminar las licencias a RHS con factores de riesgo, que disminuyeron de manera considerable la fuerza laboral. Se debe reasignar a los RHS a otras funciones como la telemedicina y tareas administrativas, entre otras.
2. Volver a capacitar a los RHS de primer nivel para no depender de RHS adicionales que realicen las tareas de contención y mitigación, debido a que no existen recursos para la contratación de personal adicional específico para la respuesta a la COVID-19.
3. Absorber los RHS contratados; en atención a la normativa vigente en el país, el Gobierno deberá asignar responsabilidades a cada nivel de gobierno para que se dé un uso más eficiente de los recursos y sean los gobiernos autónomos municipales quienes, de forma gradual, asuman esta responsabilidad establecida por la Ley de Descentralización (58).

## 2. Chile

### Puntos clave

- Chile cuenta con mecanismos para hacer seguimiento y brindar información abierta sobre los casos confirmados de COVID-19 entre el personal de salud por región, grupo ocupacional, edad y sexo. Estos datos permitieron detectar que 8,22% del total de los RHS han sido afectados por la COVID-19 al mes de enero del 2021; este porcentaje era de 3,6% en la población general. Esto se contrasta con el hecho de que la cantidad de pruebas de detección viral realizadas a los RHS es tres veces mayor que para la población general, lo que muestra la atención que se ha dado a la PCI (9).
- La tasa de mortalidad en los RHS es de 0,195%, muy por debajo de la cifra de 2,7% encontrada para la población general. Esto se puede explicar por un mejor estado de salud de los RHS, su edad más baja y a que presentan menos comorbilidades (9).
- Aproximadamente 79,1% del total de casos confirmados de COVID-19 en RHS se concentra en tres grupos ocupacionales: profesiones auxiliares (50,8%), personal de enfermería (17,5%) y personal médico (11,3%) (9).
- La tasa de infección por grupo ocupacional muestra que los profesionales de enfermería tienen la mayor tasa (13,65%), seguidos del personal médico (10,81%), lo cual puede ser interpretado como una menor disponibilidad de personal de enfermería en comparación con profesionales auxiliares (9).
- El sector público tiene una dinámica de estimación de faltantes de RHS, que se utiliza para negociar un rubro del presupuesto destinado a profesionales, a través de varias metodologías y herramientas. Esto permitió que, en el contexto de respuesta a la COVID-19, se pudiera estimar en 17 439 personas la necesidad de RHS, además de contar con los recursos adicionales requeridos y el marco legal para contratar otras 19 027 personas en RHS; la vigencia de estos contratos corresponde a la duración de la emergencia de salud.<sup>75</sup>
- El Colegio de Médicos detectó que la escasez de EPP fue de 85% en marzo del 2020 y de 60% en abril del 2020, tema abordado por el MS Chile tanto para su adquisición como su distribución con directrices que promovían el uso racional de estos recursos, sin poner en riesgo los RHS (76).
- Se aplicó el cuestionario del estudio HEROES a 935 miembros de distintos grupos ocupacionales en salud y regiones de desempeño, y se encontró que los síntomas de depresión notificados con más frecuencia son las alteraciones del apetito (38,6%), la sensación de falta de energía y cansancio (37,3%) y las alteraciones del sueño (32,7%). Además, 7% de este grupo declara haber tenido ideas suicidas (77).

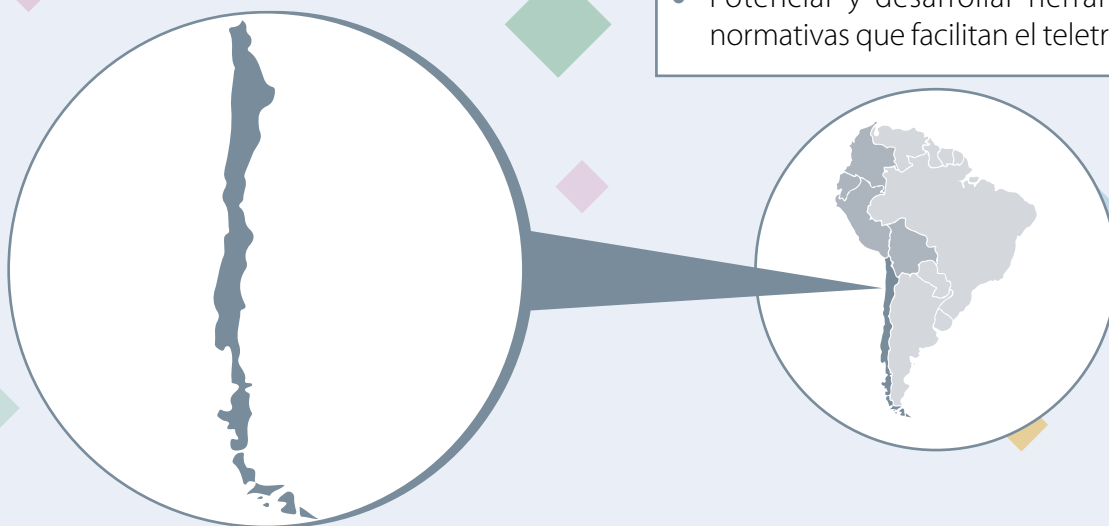
<sup>75</sup> Respuesta del Ministerio de Salud de Chile al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 11 de noviembre del 2020.



- El despliegue de la capacitación, que llegó al 69,3% de los RHS, es reflejo de un plan constante y de las alianzas con la academia para preparar a los RHS en temas relevantes sobre la COVID-19 (78-80).<sup>76</sup>
- El proceso de vacunación masiva tiene soporte en la red de atención primaria y en el Plan Nacional de Inmunización que estipula que es el personal de enfermería el que realiza la vacunación. En este aspecto, se autorizó que otros profesionales de la salud, como matronas y personal de odontología, también puedan vacunar, y se adquirió una gran cantidad de dosis. Esto permitió acercarse de manera paulatina a la meta establecida para el primer trimestre del 2021, con 5 millones de personas vacunadas (81).

## Tareas futuras

- Absorber parte de los RHS que se han incorporado mediante la contratación temporal, y tener presente que la inversión en infraestructura y equipamiento requiere la incorporación de personal especializado.
- Propiciar ambientes saludables para el buen desempeño de los RHS, que proporcionen cuidado de la salud mental y bienestar, a fin de contribuir a la calidad de vida y la conciliación entre la vida laboral y la vida familiar.
- Fortalecer la integración de los sectores de salud y educación, que facilite la disponibilidad y la distribución de RHS, dado que es un factor clave para dar respuestas oportunas a una contingencia de la naturaleza de la pandemia de COVID-19.
- Potenciar y desarrollar herramientas y normativas que facilitan el teletrabajo.



<sup>76</sup> *Ibidem.*

## 2.1. Contexto del país

En este apartado se presenta una breve descripción del sistema de salud del país y el análisis de la situación de los RHS antes de la pandemia de COVID-19.

### 2.1.1. Sistema de salud

El organismo que regula y dirige todo el sector de salud es el Ministerio de Salud de Chile (MS Chile), que debe formular y controlar la política de salud. El MS está dividido en dos subsecretarías (82):

- 1. Subsecretaría de Salud Pública:** tiene un papel regulador y de ella dependen las secretarías regionales ministeriales de salud (Seremi) en cada una de las 16 regiones del país.
- 2. Subsecretaría de Redes Asistenciales:** coordina los 29 servicios de salud, que son descentralizados, son proveedores de servicios de salud, y de ellos dependen los hospitales públicos. El primer nivel de atención de salud depende de los municipios.

Las Seremi tienen, además, la labor de velar por el cumplimiento de las normas, planes y programas nacionales, así como adecuarlos a la realidad regional; para estas funciones cuentan con atribuciones de vigilancia, inspección y aplicación de sanciones sanitarias. El Instituto de Salud Pública es el laboratorio nacional que supervisa los laboratorios públicos y todo lo relacionado con medicamentos, dispositivos de uso médico, salud ocupacional y vacunas, entre otros aspectos. Por último, la Superintendencia de Salud es la entidad de supervisar a las aseguradoras y proveedores de servicios de salud.

El financiamiento, la protección financiera y la provisión de los servicios de la salud en Chile está organizada a través de dos subsistemas principales: el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), del sector público, y las Instituciones de Salud Previsional (Isapres),

del sector privados. Toda persona puede acceder a alguno de los seguros; la orientación del Fonasa es colectiva e independiente de los riesgos de salud que pueda presentar una persona, mientras que las Isapres funcionan con base en planes que se tarifican según los riesgos o preexistencias. A estos se agregan algunos regímenes especiales, tales como los de las Fuerzas Armadas y del Orden. Cada asegurador, es decir, el Fonasa, las Isapres y los regímenes especiales, tiene un fondo particular que usan para cubrir los gastos de su población (cuadro 14).

El Fonasa brinda cobertura a 75,2% de la población chilena, que incluye personas beneficiarias cotizantes con sus cargas<sup>77</sup> y beneficiarios no cotizantes, es decir, las personas que no tienen capacidad de pago (18% de la población total del país). Se financia a partir de los aportes que recibe de la cotización obligatoria de 7% de la renta de las personas asalariadas o beneficiarias cotizantes, los copagos que hacen las personas beneficiarias cotizantes con capacidad de pago<sup>78</sup> y el aporte fiscal del Estado. Este último representa 58% del presupuesto del Fonasa, destinado a cubrir a las personas beneficiarias no cotizantes a quienes no se le aplican copagos (83).

En el Fonasa existen dos modalidades de atención:

- 1. Modalidad de atención institucional (MAI):** los servicios médicos se proveen a los beneficiarios en los establecimientos públicos, los cuales constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud que está a cargo de los 29 servicios de salud, distribuidos en 16 regiones y regulados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El Sistema Nacional de Servicios de Salud incluye los 196 hospitales públicos de distintos niveles de complejidad y los establecimientos municipales de APS, formada por un conjunto de 2 716 centros de salud instalados en las 346 comunas del país que dependen de los municipios, y estructurados por niveles de complejidad en postas y consultorios rurales, consultorios urbanos y

<sup>77</sup> Las cargas pueden ser el o la cónyuge con invalidez, hijos y nietos menores de 18 años (hijos de cargas ya registradas), hijos y nietos mayores de 18 años y hasta los 24 años, madre viuda, ascendientes mayores de 65 años (padres y abuelos), carga con parentesco indirecto (con dictamen de juzgado), hijos y nietos sin los límites de edad establecidos y que estén afectados de invalidez y carga, acuerdo de unión civil (AUC cónyuge).

<sup>78</sup> Son los beneficiarios cotizantes que se encuentran en los tramos de ingreso C y D, constituyen 43,3% de los beneficiarios. Para más información, véase: Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo; 2019. Disponible en <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>.

centros de salud familiar (CESFAM). El servicio de salud coordina y articula la red asistencial pública completa<sup>79</sup> de su territorio y, de esta manera, propicia el funcionamiento de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).

La APS constituye la base del sistema público de salud chileno y se desarrolló en torno a un Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitaria (MAIS). Este modelo está centrado en el paciente y hace hincapié en el cuidado de la población durante todo el curso de vida; además, estimula la promoción y la prevención en salud, así como el seguimiento, la trazabilidad y la cobertura financiera.

La APS cuenta con servicios de urgencias primarias, además de servicios de alta capacidad para responder de manera integral y con calidad a la demanda de atención de salud. La APS es multiprofesional, con enfoque intercultural y co-

munitario. Con excepción de las postas rurales,<sup>80</sup> el equipo de salud incluye personal médico y de enfermería, matronas, profesionales de las áreas de kinesiología, psicología, nutrición, tecnología médica y terapia ocupacional. Estos equipos son más completos en términos de la diversidad de profesionales que trabajan en los CESFAM, que tienen más alto nivel de complejidad.

**2. Modalidad de libre elección (MLE):** las personas beneficiarias de los grupos<sup>81</sup> B, C y D pueden atenderse en establecimientos privados o con profesionales que tengan convenio. Para ello, pueden acceder a la compra de un bono de atención cuyo valor depende del nivel de inscripción del profesional o establecimiento donde se realiza la atención, que puede ser de nivel 1, 2 y 3. Debido a esto, 72% de la población total inscrita para atenderse en la red asistencial pública es inferior a la población beneficiaria del Fonasa (75,2%).

**Cuadro 14.** Distribución de la población con seguro de salud en Chile por subsistema de salud

Sistema de seguro de salud	Población con seguro de salud (%)
Fondo Nacional de Salud	75,2
Instituciones de Salud Previsional	18,0
Regímenes especiales	6,8
<b>Total</b>	<b>100</b>

Fuente: Fondo Nacional de Salud. Boletín Estadístico 2017-2018. Santiago de Chile: FONASA; 2018. Disponible en <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/documentos>.

<sup>79</sup> Esta red está formada por los CESFAM, el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), los centros de referencia de salud (CRS), los centros de diagnóstico terapéutico (CDT), los hospitales públicos y los demás establecimientos que mantengan convenios con el servicio de salud respectivo para ejecutar acciones de salud.

<sup>80</sup> Estas postas rurales cuentan con técnicos de nivel superior en enfermería como personal permanente. El personal médico y el personal profesional de enfermería que trabajan en centros de salud de mayor complejidad hacen rondas en las postas.

<sup>81</sup> En FONASA existen cuatro grupos de clasificación:

**Grupo A:** son consideradas en este grupo las personas carentes de recursos y los causantes de subsidio único familiar, por lo que se atienden de manera gratuita en Hospitales y Consultorios públicos.

**Grupo B:** son consideradas en este grupo las personas cuyo Ingreso Imponible Mensual sea menor o igual a \$276 000 y las personas beneficiarias de Pensiones Básicas Solidarias, por lo que se atienden de manera gratuita en Hospitales y Consultorios públicos.

**Grupo C Fonasa:** son consideradas en este grupo las personas con un ingreso imponible mensual mayor a \$276 001 y menor o igual a \$402 960, por lo que pagan un 10% del arancel en Hospitales públicos. Con 3 o más cargas familiares, pasará al grupo B.

**Grupo D Fonasa:** son consideradas en este grupo las personas con un ingreso imponible mensual mayor a \$402 961, por lo que pagan un 20% del arancel en Hospitales públicos. Con tres o más cargas familiares, pasará al grupo C. Para más información, 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 de Chile: Superintendencia de Seguridad Social; 2020. Disponible en <https://www.suseso.cl/612/w3-article-589773.html>.

Las Isapres son los seguros de salud privados y dan cobertura a 18% de la población. Reciben una cotización obligatoria de 7% de la renta de las personas asalariadas que no se afilian al Fona-sa y no pertenecen a los regímenes especiales de seguro (83).

El gasto de bolsillo representa 33,5% del gasto total en salud. Esta situación implica que 14,6% de la población chilena gasta más de 10% de su presupuesto en gasto de bolsillo en salud, en comparación con 7,8% de la población de ALC, lo que señala una protección financiera insuficiente de grupos de personas vulnerables contra los efectos de los costos de la atención de salud en sus ingresos (83).

Por último, los hospitales públicos tienen la posibilidad, dentro de ciertos límites presupuestarios, de comprar servicios al sector privado cuando no disponen de RHS especializados o camas de internación suficientes.

Los proveedores privados de salud se componen de clínicas que brindan servicios hospitalarios y, en algunos casos, hospitalarios y ambulatorios; centros de salud exclusivamente ambulatorios que proveen servicios de consultas médicas u odontológicas, laboratorios o radiología; y proveedores individuales que realizan consultas médicas u odontológicas.

En Chile, los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales están bajo la cobertura definida por la Ley N.º 16744 del 23 de enero de 1968 (84), que establece un seguro social obligatorio y mecanismos para prevenir los accidentes y enfermedades profesionales, otorgar atención médica cuando estos ocurren, rehabilitar a la persona asalariada para que recupere su capacidad laboral y otorgar prestaciones económicas para suplir la pérdida de ingresos del trabajador. Hoy en día, el seguro es financiado completamente por el empleador en el caso de personas asalariadas dependientes, y por el trabajador, en el caso de quienes trabajan de manera independiente, como

un aporte proporcional al salario, según la actividad y el riesgo de cada entidad empleadora (entre 0,93% y 3,4%). Las entidades que administran este seguro y realizan las demás actividades definidas en la ley son las mutuales de empleadores, los administradores delegados del seguro y el Instituto de Seguridad Laboral (ISL).

### 2.1.2. Recursos humanos para la salud

Con base en el registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud, los **RHS totales en Chile asciende a 635 609 personas al 30 de noviembre del 2020**, de las cuales 44,7% son auxiliares paramédicos; 10,6% son profesionales de psicología; 10,5% es personal de enfermería y 8,6% es personal médico (85).

Según los datos desagregados por sexo, al 31 de marzo del 2019, 76% de los RHS eran mujeres (86). Por último, con respecto a la edad, al 31 de diciembre del 2017, 55% de los RHS tenían menos de 35 años (87).

En el **sistema público trabaja un total de 202 289 personas** (al 31 de diciembre del 2019), de las cuales 70 729 (35%) se desempeña en servicios de APS que dependen de los municipios, y 131 560 (65%) en el nivel de servicios de salud, según se informa la División de Gestión y Desarrollo de las Personas.<sup>82</sup> Si bien distintas políticas han permitido un aumento de 49% la disponibilidad de RHS con respecto al 2013, las regiones del extremo norte, el extremo sur y centro-sur experimentan dificultades históricas para contar con los RHS necesarios, lo que se evidencia por densidades de personal de salud más bajas y problemas de acceso de la población (88).

Además de una baja densidad nacional de personal médico y profesionales de enfermería por cada 10 000 habitantes en comparación con los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (cuadro 15), otro de los desafíos más críticos de los RHS en Chile es

<sup>82</sup> Todos los años, la División de Gestión y Desarrollo de las Personas del Ministerio de Salud publica un informe sobre el estado de situación de los RHS en el país y las estimaciones de déficit en el sector público de salud, por servicio de salud, que justifique los recursos asignados al Programa de formación de especialistas.

la inequidad de distribución entre los subsectores público y privado de salud, y entre territorios. La densidad promedio de personal médico en el sector público es de 18,49 por cada 10 000 habitantes, inferior al promedio de los países de ALC (que es de 20 por cada 10 000 habitantes) y al de los países de la OCDE (35 por cada 10 000 habitantes); sin embargo, cuando se contabiliza el total del sector público y el privado, la densidad de personal médico supera el promedio de los países de ALC (26,4 por cada 10 000 habitantes). En el caso de los profesionales en enfermería, se encuentra que el comportamiento es igual al del personal médico, pues al comparar el sector público (13,4 por cada 10 000 habitantes) es menor al de ALC (28 por cada 10 000 habitantes), aunque mayor si se suman el sector público y el privado (29,6 por cada 10 000 habitantes).

A pesar de la tendencia a una mejora sostenida en los últimos diez años, impulsada por las políticas de RHS orientadas a reducir las brechas de distribución entre regiones, la densidad de personal médico en el sector público sigue siendo desigual

entre regiones, con un mínimo de 13,3 (O'Higgins) y un máximo de 32,7 (Aysen) por cada 1000 beneficiarios del Fonasa (88).

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

En Chile, la primera medida del gobierno fue el 22 de enero del 2020, con la que se dio inicio a la primera fase del Plan de Acción COVID-19, que contiene seis líneas de acción (89) en cuatro fases (90), que contempla capacitación a profesionales de laboratorio para el procesamiento de muestras de casos con diagnóstico presuntivo de COVID-19, precauciones adicionales para el control de infecciones y capacitación de personal adicional en infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS). El 5 de febrero del 2020 se promulgó la alerta sanitaria<sup>83</sup> por un año a través del Decreto N.º 4 (91),<sup>84</sup> que otorgó facultades extraordinarias al Poder Ejecutivo por una "emergencia de salud pública de importancia

**Cuadro 15.** Comparación de la densidad del personal médico y de enfermería por cada 10 000 habitantes en Chile, América Latina y el Caribe y el continente americano

Ámbito geográfico	Personal médico <sup>a</sup>	Personal de enfermería <sup>d</sup>
Chile	25,9 <sup>b</sup>	26,8 <sup>e</sup>
América Latina y el Caribe (33 países)	29,8 <sup>c</sup>	42,4 <sup>c</sup>
América (35 países)	28,3 <sup>c</sup>	82,7 <sup>c</sup>

**Notas:**

a Incluye al personal médico general y especialistas, de todos los niveles de atención.

b Estos datos corresponden al año 2018. Para más información, véase: Organización Mundial de la Salud. Portal de datos de las Cuentas Nacionales del Personal de Salud de la OMS: Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/nhwportal>. Según el Ministerio de Salud de Chile, esta cifra es de 22,9. Para más información, véase: Ministerio de Salud de Chile. Brechas de personal de salud por servicios de salud y especialidad; abril 2020. Santiago: MS Chile; 2020. Disponible en: <https://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>.

c Estos datos corresponden al año 2018. Para más información, véase: Organización Mundial de la Salud. Portal de datos de las Cuentas Nacionales del Personal de Salud de la OMS: Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/nhwportal>.

d Incluye a profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería y personal de enfermería sin definir dónde se encuentra disponible.

e Estos datos corresponden al año 2018. Para más información, véase: Organización Mundial de la Salud. Portal de datos de las Cuentas Nacionales del Personal de Salud de la OMS: Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/nhwportal>. Según el Ministerio de Salud de Chile, esta cifra fue de 24,4 en el año 2016. Para más información, véase: Ministerio de Salud de Chile. Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud. Santiago: MS Chile; 2017. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico\\_Abril2017.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Abril2017.pdf).

<sup>83</sup> El respaldo legal de la alerta sanitaria y las facultades extraordinarias que se otorgan a la autoridad de salud está constituido principalmente por el Código Sanitario. Para más información, véase: Ministerio de Salud de Chile. Decreto N.º 725. Código Sanitario. Santiago: MS Chile; 11 de diciembre de 1967. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=5595>.

<sup>84</sup> Modificado por el Decreto N.º 6 del 7/03/2020, el Decreto N.º 19 del 06/06/2020 y el Decreto N.º 24 del 19/07/2020.

internacional” ante el brote del nuevo coronavirus. Esta emergencia incluye medidas para el aumento de la cantidad personal de salud disponible. El primer caso importado de COVID-19 se detecta el 3 de marzo y el 16 de marzo se inicia la fase 4 con 201 casos confirmados. El Decreto N.º 104 del 18 de marzo del 2020 (71) declara el “estado de excepción constitucional de catástrofe, por calamidad pública, en el territorio de Chile”.

Entre el 3 de marzo del 2020 y el **3 de enero del 2021 se notificaron 52 241 casos confirmados de COVID-19 entre los trabajadores de la salud, incluidas 102 muertes** (9). Esto representa una **tasa de infección de 8,22% del personal de salud al mes de enero del 2021 en 52 241 casos confirmados de un total de 635 609 RHS totales**, superior a la presentada al 13 de septiembre del 2020, que era de 6% (6). Por otra parte, la tasa de mortalidad de los casos confirmados entre el personal de salud se ha mantenido estable, era de 0,191% (6) al mes de septiembre del 2020 y de 0,195%<sup>85</sup> al mes de enero del 2021, con 102 fallecimientos en un total de 52 241 casos confirmados. Del total de casos confirmados en los RHS, 4,9% fueron hospitalizados, en comparación con 8,9% de los casos confirmados en la población general. La diferencia en estos últimos indicadores puede explicarse porque los RHS son una población en edades activas y con menor prevalencia de comorbilidades.<sup>86</sup> Por último, los RHS **corresponden a 7,39% de los casos confirmados de la población total del país** (para más información, consultar los cuadros A2.1 y A2.2 en el anexo 2).

Las tres regiones más pobladas del país (Región Metropolitana de Santiago, Valparaíso y Biobío) acumulan la proporción más alta de casos confirmados en el personal de salud, con 69,5% de total (para más información, véase el cuadro A2.3 en el anexo 2).

Aproximadamente 79% del total de casos confirmados de COVID-19 entre el personal de salud se concentra en tres grupos ocupacionales (cuadro 16): auxiliares paramédicos<sup>87</sup> (50,8%), profesionales de enfermería (17,5%) y personal médico (11,3%). De igual manera, estos tres grupos fueron los que presentaron mayores tasas de infección dentro del grupo ocupacional; sin embargo, es mayor para el caso de profesionales de enfermería (13,65%) y personal médico (10,81%). Estos datos se pueden interpretar como una menor disponibilidad de profesionales de enfermería en comparación con el grupo de auxiliares paramédicos (9,35%) (para más información, véase el cuadro A2.4 en el anexo 2).

En la distribución por sexo de los casos confirmados en el total de RHS, 75% son mujeres. Por grupo etario, se destaca que cerca de tres cuartos de los casos confirmados son personas menores de 40 años (para más información, véase el cuadro A2.4 en el anexo 2). Estas cifras son congruentes con las que indican que, al mes de diciembre del 2017, 55% de los RHS tenían menos de 35 años (87).

La falta de EPP, así como las condiciones de trabajo, fueron motivo de preocupación en los RHS en Chile. Es así que, desde inicios de noviembre del 2020, se registran en medios informativos convocatorias a movilizaciones por parte de los sindicatos de RHS, con denuncias de condiciones laborales de agobio por las extenuantes horas de trabajo y la entrega tardía de EPP, sueldos bajos y el presupuesto escaso de salud para el 2021 anunciado el 30 de septiembre del 2020, que, de acuerdo con los sindicatos, tiene un recorte de 3,3% en relación con el año 2020. Cabe destacar que, de acuerdo con el Gobierno de Chile, el presupuesto tiene un aumento de 8,9%.<sup>88</sup>

Estas continuaron durante el mes de noviembre del 2020, a lo que se añadió la demora en otorgar

<sup>85</sup> La tasa de mortalidad es de 2,7% (17 352/654 680) en la población total. Para más información, véase: Ministerio de Salud de Chile. Informe epidemiológico. Características del personal de salud confirmados y probables de COVID-19. Santiago: MS Chile; 12 de enero del 2021. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21\\_Informe-PS-COVID-19.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21_Informe-PS-COVID-19.pdf).

<sup>86</sup> Del total de casos confirmados en los RHS, 17,5% (9149/52 241) notificaron al menos una comorbilidad, mientras que en la población en general este valor es de 25,4% (166 525/654 680).

<sup>87</sup> Auxiliares paramédicos de odontología, farmacia, alimentación, enfermería, radiología y diagnóstico por imágenes, laboratorio clínico y servicios de sangre, esterilización y anatomía patológica según el Decreto N.º 90 del 2015.

<sup>88</sup> Respuesta del Ministerio de Salud de Chile al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 11 de noviembre del 2020.

el Bono COVID-19, que dependía de la aprobación por ley en el Congreso y, por último, la falta de entrega del Bono Trato Usuario<sup>89</sup>, suspendido por la imposibilidad de hacer evaluaciones a los RHS debido a la pandemia. El 5 de diciembre del 2020, el

Ministerio de Salud informa en su página web un acuerdo para el pago del Bono Trato Usuario y un aumento del presupuesto para el sector salud para el año 2021 (92) (para más información, véase el cuadro A2.10 del anexo 2).<sup>90</sup>

**Cuadro 16.** Tasa de infección por grupo ocupacional en Chile

Grupo ocupacional	RHS <sup>a</sup>	Casos confirmados en RHS	Distribución de casos confirmados (%) <sup>b</sup>	Tasa de infección dentro del grupo ocupacional (%) <sup>c</sup>
Profesional de enfermería	66 967	9142	17,5	13,65
Medicina	54 775	5922	11,3	10,81
Auxiliares paramédicos <sup>d</sup>	283 957	26 547	50,8	9,35
Kinesiología	33 337	2537	4,9	7,61
Matronería	14 915	886	1,7	5,94
Tecnología médica	17 064	928	1,8	5,44
Química y farmacia	11 399	644	1,2	5,65
Terapia ocupacional	9057	506	1,0	5,59
Nutrición	19 701	1027	2,0	5,21
Fonoaudiología	15 924	654	1,3	4,11
Odontología	26 553	827	1,6	3,11
Psicología	67 232	1740	3,3	2,59
Bioquímica	3 421	65	0,1	1,90
Otro personal de salud <sup>e</sup>	10 983	400	0,8	3,64
No identificados	324	416	0,8	ND
<b>Total</b>	<b>635 609</b>	<b>52 241</b>	<b>100,0</b>	<b>8,22</b>

RHS: recursos humanos para la salud

**Notas:**

**a** Registro de prestadores individuales (obligatorio) de la Superintendencia de Salud (SIS) hasta el 30 de noviembre del 2020.

**b** Número de casos confirmados por grupo ocupacional sobre el total de casos confirmados.

**c** Número de casos confirmados sobre el total del personal de salud por grupo ocupacional.

**d** Corresponden a auxiliar paramédico de odontología, farmacia, alimentación, enfermería, radiología y diagnóstico por imágenes, laboratorio clínico y servicios de sangre, esterilización y anatomía patológica. Para más información, véase: Ministerio de Salud de Chile. Decreto N.º 90. Aprueba el reglamento para el ejercicio de las profesiones auxiliares de la medicina, odontología, química y farmacia y otras. Santiago: MS Chile; 15 de diciembre del 2015. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1099220>.

**e** Agrupa a personas que se desempeñan en las disciplinas de acupuntura, contactología, cosmetología, homeopatía, laboratorio dental, óptica, podología y naturopatía, según la Superintendencia de Salud. Para más información, véase: Superintendencia de Salud de Chile. Estadísticas de prestadores individuales de salud. Santiago: SUS; 12 de abril del 2019.

**Fuente:** Ministerio de Salud de Chile. Informe epidemiológico. Características del personal de salud confirmados y probables de COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 12 de enero del 2021. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21\\_Informe-PS-COVID-19.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21_Informe-PS-COVID-19.pdf).

<sup>89</sup> La Ley N.º 20646 del año 2012 otorga una asignación asociada a la mejora de trato a los usuarios para los funcionarios pertenecientes a las plantas de técnicos, administrativos y auxiliares de los establecimientos de los servicios de salud. La recibirán aquellos trabajadores que laboren en los servicios que sean mejor calificados en buena atención según un instrumento de evaluación definido por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

<sup>90</sup> Para más información, véase el cuadro A2.10 en el anexo 2.

## 2.3. Respuesta de política

### 2.3.1. Estrategia general de respuesta a la COVID-19

La estrategia implementada en Chile para responder a la COVID-19 priorizó el refuerzo del sistema hospitalario y de urgencias en una primera fase de intervención que se desarrolló entre febrero y junio del 2020, que incluía medidas para aumentar la disponibilidad de RHS y protegerlos. Es preciso señalar que **la integración de las unidades de camas críticas del sector hospitalario, tanto público como privado** permitió al Ministerio de Salud coordinar la disponibilidad de camas en el sector privado (91), **pero no permite intervenir en la gestión de los RHS privados, dado que no existe** un marco legal que le de esta facultad al MS Chile.

El 22 de enero del 2020, mediante el Oficio CP 1553 del 2020 dedicado a la alerta y refuerzo ante el brote de COVID-19,<sup>91</sup> el MS Chile inicia la primera de cuatro fases del Plan de Acción COVID-19 (90). Al comienzo, las acciones están dirigidas al refuerzo de la vigilancia epidemiológica a partir de la definición de caso sospechoso,<sup>92</sup> la vigilancia universal en los puntos de entrada al país y en los establecimientos de salud, el refuerzo de la capacidad diagnóstica de laboratorio en el territorio (con el Instituto de Salud Pública como laboratorio de referencia nacional), el fortalecimiento en la red asistencial pública y privada<sup>93</sup> y la comunicación a la

comunidad. Con respecto a los RHS, se contempla la capacitación para profesionales de laboratorio en el procesamiento de muestras de casos con diagnóstico presuntivo de COVID-19, precauciones adicionales para el control de infecciones y capacitación de personal adicional en IAAS.

El 5 de febrero del 2020 se promulgó el Decreto N.º 4 (90),<sup>94</sup> que estableció la alerta sanitaria por un año y otorgó facultades extraordinarias al MS Chile, a sus dependencias (Seremi y servicios de salud) y también a los organismos nacionales dependientes (Instituto Nacional de Salud Pública, Superintendencia de Salud, Fonasa y Central de Abastecimientos) con respecto a contratación directa de personal, traslados o trabajos extraordinarios, compra de bienes, servicios o equipamientos necesarios, coordinación de distribución de medicamentos y EPP, coordinación de la red asistencial pública y privada con respecto a las unidades de camas críticas,<sup>95</sup> fijación de precios máximos para insumos y servicios de salud privados, disposición de residencias de salud para el aislamiento de personas detectadas con COVID-19 y autorización de la instalación acelerada de hospitales.

A partir del 6 de marzo del 2020 inicia la segunda fase del Plan de Acción COVID-19 en la que se refuerzan los protocolos de seguimiento a viajeros<sup>96</sup> y se adiciona el seguimiento a los contactos de los casos confirmados.<sup>97</sup> Asimismo, se les otorga más facultades extraordinarias a las subsecretarías de salud pública y redes asistenciales, a las Seremi y a los servicios de salud pública (94).

91 Este documento fue actualizado mediante el Oficio CP N.º 2263 del 29/01/2020, el Ordinario B51 N.º 276 del 30/01/2020 y el Ordinario C37 N.º 670 del 18/03/2020.

92 Esta definición fue actualizada mediante el Ordinario B51 N.º 511 del 25/02/2020, el Ordinario B51 N.º 656 del 02/03/2020, el Ordinario B51 N.º 748 del 06/03/2020, el Ordinario B51 N.º 895 del 18/03/2020 y el Ordinario B51 N.º 933 del 23/03/2020.

93 Dentro de las acciones de fortalecimiento se encuentran: 1) determinación de 50 hospitales de referencia en el país con unidades de pacientes críticos, programa de IAAS vigente y capacidad de laboratorio, 2) reconversión de camas básicas, medianas y críticas (aproximadamente 1700 en total), 3) puesta en marcha de cinco hospitales nuevos para la temporada crítica de enfermedades respiratorias y 4) inyección de más de CLP 3000 millones (equivalentes a US\$ 4 079 677) para el refuerzo de la APS. Para más información, véase: Boletín Informativo N.º 2. COVID-2019: Plan Acción Coronavirus del Ministerio de Salud. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 17 de marzo del 2020. Disponible en: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/78996/3/BCN\\_Boletin\\_2\\_coronavirus\\_FINAL.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/78996/3/BCN_Boletin_2_coronavirus_FINAL.pdf).

94 Modificado por el Decreto N.º 6 del 7/03/2020, el Decreto N.º 19 del 06/06/2020 y el Decreto N.º 24 del 19/07/2020.

95 Que se concretará mediante la Resolución N.º 203 del 24 de marzo del 2020. Para más información, véase: Ministerio de Salud de Chile. Resolución N.º 203. Dispone medidas sanitarias que indica por brote de COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 24 de marzo del 2020. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1143703>.

96 Mediante los siguientes documentos: 1) *Protocolo de identificación y seguimiento para viajeros que provienen de países con transmisión local de COVID-19 del 6 de marzo del 2020*, 2) *Protocolo de detección de viajeros en puertos*, 3) *Protocolo de detección de viajeros en aeropuertos*, y 4) *Protocolo de detección de viajeros en pasos fronterizos terrestres*, estos últimos tres con fecha del 6 de marzo del 2020.

97 Mediante el Protocolo de identificación y seguimiento para viajeros que provienen de países con transmisión local de COVID-19 del 6 de marzo del 2020.



El 15 de marzo del 2020 se inicia la fase 3 del Plan de Acción COVID-19 y el día siguiente, con 201 casos confirmados, empieza la fase 4 orientada a la preparación del sistema hospitalario del país,<sup>98</sup> acompañada de restricciones a la movilidad, establecimiento de horarios flexibles y fomento al teletrabajo para funcionarios del Estado. El 18 de marzo, mediante el Decreto N.º 104 (71), se declara el estado de excepción constitucional de catástrofe, por calamidad pública, en el territorio de Chile.<sup>99</sup>

El 24 de marzo del 2020, la Resolución N.º 203 2020 faculta al Subsecretario de Redes Asistenciales del MS Chile para la coordinación de todos los centros asistenciales públicos y privados del país (95). Unos días después, la Resolución N.º 156 del 1 de abril del 2020 establece que los prestadores privados se incorporan a la red de servicios de salud, para establecer una gestión centralizada de las camas críticas destinadas a pacientes con COVID-19, incluidos los establecimientos que dependen de las Fuerzas Armadas y de Orden. Esta resolución también establece medidas para que los prestadores públicos y privados aumenten la dotación disponible de camas.<sup>100</sup>

Con base en las orientaciones y recomendaciones de la OMS sobre el fortalecimiento de las actividades de vigilancia para detectar pacientes con COVID-19, en junio del 2020, el MS Chile establece la Estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento (TTA) que aplica a todas las instituciones de salud: Seremi, servicios de salud y prestadores privados (15).

Antes de junio del 2020, en algunos territorios, los centros de APS realizaron seguimiento, educación y prevención específica sobre COVID-19 a

los habitantes, con sus propias recomendaciones y recursos.<sup>101</sup> Desde junio de ese año, el MS Chile definió que los equipos de APS asumieran el diagnóstico y la aplicación de medidas de aislamiento de casos de COVID-19 y el estudio de sus contactos, con base en su capacidad instalada y su vinculación con los territorios y sus comunidades (15). Al mismo tiempo, y a través de la Resolución N.º 419, se definieron las residencias sanitarias como medida para la controlar la propagación de la COVID-19 (96).<sup>102</sup> En julio del 2020, se amplía la capacidad de atención hospitalaria domiciliaria en varios servicios de salud del país, como estrategia del MS Chile para descongestionar las áreas de hospitalización completa.

## 2.3.2. Mejorar la disponibilidad de los recursos humanos para la salud

### 2.3.2.1. Identificar las necesidades de los recursos humanos para la salud para atender la COVID-19

El MS Chile realizó un estudio para responder a la pandemia que se centró en la necesidad de dotar y reforzar los RHS según distintas estrategias asistenciales definidas en el Plan de Acción COVID-19, que se utilizó para negociar con el Ministerio de Hacienda los recursos presupuestarios necesarios. Para estimar los requerimientos de RHS en este contexto, se utilizó una versión adaptada de la guía metodológica que se emplea para realizar los estudios de preinversión hospitalaria,<sup>103</sup> tanto para la construcción como para la normalización de hospitales del sector público, complementada en materia de RHS por varios instrumentos (97-99). Los resultados de la estimación de requerimientos de RHS según las estrategias asistenciales definidas se presentan en el cuadro 17.

<sup>98</sup> A través de acciones como la creación de un fondo de CLP 220 000 millones para financiar medidas de salud y la habilitación de un hospital de campaña, seis puestos de atención médica y los servicios del Buque Hospital Sargento Aldea. Para más información, véase: Ministerio de Salud de Chile. COVID-19: Plan de acción coronavirus del Ministerio de Salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 17 de marzo del 2020. Disponible en: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/78996/3/BCN\\_Boletin\\_2\\_coronavirus\\_FINAL.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/78996/3/BCN_Boletin_2_coronavirus_FINAL.pdf).

<sup>99</sup> Se prorrogará por el Decreto N.º 269 del 18 de junio del 2020 y por el Decreto N.º 646 del 12 de diciembre del 2020.

<sup>100</sup> Estas medidas corresponden a: 1) complejizar los cuidados intermedios y básicos, es decir, destinar la cama a un nivel de cuidado más complejo, 2) desbloquear las camas existentes, 3) instalar camas críticas nuevas y 4) postergar cirugías electivas, si no representa riesgo para el paciente.

<sup>101</sup> A la fecha no se cuenta con una sistematización de estas iniciativas, por lo cual no se puede dimensionar su extensión y su repercusión.

<sup>102</sup> Para más información sobre las residencias sanitarias, véase: Ministerio de Salud de Chile. Residencia sanitaria. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Disponible en: <https://www.minsal.cl/residencias-sanitarias/>.

<sup>103</sup> Metodología conocida y validada por el Ministerio de Hacienda, teniendo en cuenta que una vez se estime el faltante de personal es necesario estimar el presupuesto asociado.

**Cuadro 17.** Requerimiento de recursos humanos para la salud adicionales por estrategia del Plan de Acción COVID-19 en Chile

Estrategia	Personal de turno	Personal diurno	Dotación total estimada
Complejización de camas <sup>a</sup>	5220	485	5705
Habilitación de camas nuevas	3652	875	4527
Refuerzo de las unidades de apoyo <sup>b</sup>	1272	238	1510
Hospitalización domiciliaria durante las 24 horas los 7 días de la semana	0	700	700
Refuerzo al Servicio de atención médica de urgencias (SAMU)	312	0	312
Refuerzo de las unidades de urgencia hospitalaria	4666	0	4666
Unidad de urgencias centralizada (Región Metropolitana de Santiago)	16	3	19
<b>Total</b>	<b>15 138</b>	<b>2301</b>	<b>17 439</b>

**Notas:**

**a** Cambiar la cama a un nivel de cuidado mayor.

**b** Hace referencia a las unidades de laboratorio, farmacia, anatomía patológica y diagnóstico por imágenes, entre otras.

**Fuente:** Ministerio de Chile. 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 de la Organización Panamericana de la Salud, Programa Subregional para América del Sur. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2020/web\\_sur\\_jul/3\\_chile.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2020/web_sur_jul/3_chile.pdf).

El MS Chile destaca que el fortalecimiento de la planificación como línea de trabajo previa a la emergencia sanitaria, con foco en la demanda, permitió reaccionar de manera más adecuada y orientar las modalidades de contratación, como persona natural o por la vía de compra de servicios, según la realidad que enfrentara cada servicio de salud.<sup>104</sup>

### 2.3.2.2. Medidas para mantener o aumentar los recursos humanos para la salud

En este apartado se abordarán las medidas que aplicó Chile para afrontar la escasez de los RHS en ocupaciones clave y los desequilibrios regionales, cuadro agravado por la infección y fallecimiento de

los RHS y las condiciones laborales que afectaron de manera negativa su disponibilidad.

A continuación, se mencionan las medidas establecidas para aumentar la disponibilidad de RHS, contenidas en diferentes directrices emitidas por el MS Chile y en la legislación (véase el cuadro A2.5 del anexo 2 para un resumen de la legislación):

- Por medio del Decreto N.º 4 del 5 de febrero<sup>105</sup> del 2020 (91) se otorga al MS Chile, las Seremi y los servicios de salud **la facultad de contratar de forma directa durante la emergencia de salud** para atender emergencias, sin necesidad de cumplir otros requisitos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 10 del Decreto

<sup>104</sup> Respuesta del Ministerio de Salud de Chile al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 11 de noviembre del 2020.

<sup>105</sup> Las medidas de este decreto se complementaron con otras contempladas en el Decreto N.º 6 del 6 de marzo del 2020, el Decreto N.º 19 del 6 de junio del 2020 y el Decreto N.º 24 del 19 de julio del 2020.

N.º 725 de 1967 (100). El 20 de marzo del 2020 se especificó a través del Ordinario N.º 715 que se pueden utilizar tres mecanismos para estas contrataciones: **1)** por vía de honorarios a suma alzada, **2)** por vía del Código del Trabajo y **3)** por medio de compra de servicios de atención de pacientes durante las 24 horas del día y los siete días de la semana (101). Como resultado de las estrategias desplegadas por el MS Chile, los servicios de salud contrataron, al mes de agosto del 2020, 19 027 personas adicionales para desempeñarse en los hospitales, distribuidas de la siguiente forma:

- **Contratación con la modalidad de honorarios a suma alzada:** 18 897 para hospitales públicos, de los cuales 79% se dedicó a tareas asistenciales. De este último grupo, 32% eran técnicos en salud y 22% eran profesionales de enfermería (cuadro 18).
- **Contratación según el Código del Trabajo:** se contrataron 130 personas.
- El plazo de los nuevos contratos se ajustó a la duración de la emergencia de salud, aunque se desconoce el número de horas contratadas en cada caso o si se trató solo de contratos de tiempo completo.
- El Decreto N.º 4 del 5 de febrero del 2020 permite al MS Chile, las Seremi y los servicios de salud realizar traslados del personal que se requiera desde otras dependencias o establecimientos, mediante comisiones de servicio (91).

Desde el nivel central, se efectuaron reasignaciones entre regiones en el sector público, con el apoyo de equipos de la Región Metropolitana de Santiago a las regiones de Antofagasta (norte del país) y Magallanes (extremo sur). No se cuenta con registros centralizados del número de reasignaciones de personal de salud efectuadas, dado que se planificaban según la realidad local de cada servicio de salud y la evolución propia de la pandemia. Sin embargo, se conoce que se interrumpieron servicios de salud no relacionados con la COVID-19, como intervenciones quirúrgicas electivas y consultas médicas (cuadro 19).

**Cuadro 18.** Distribución por grupo ocupacional de los recursos humanos para la salud adicional contratado en hospitales públicos en Chile

Grupo ocupacional	Contrataciones
Asistencial	14 856
Asistente social	37
Auxiliares en salud	192
Bioquímicos	55
Choferes	41
Cirujanos dentistas	11
Enfermeras y matronas	23
Enfermeros	4143
Fonoaudiólogos	78
Kinesiólogos	1606
Matrones	303
Médicos cirujanos	1429
Nutricionistas	121
Psicólogos	91
Químico-farmacéuticos	60
Técnicos de salud	6111
Tecnólogos médicos	504
Terapeutas ocupacionales	51
No asistencial	4041
Personal administrativo	664
Auxiliares	2893
Otros profesionales	207
Otros técnicos	277
<b>Total</b>	<b>18 897</b>

**Fuente:** respuesta del Ministerio de Salud de Chile al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 11 de noviembre del 2020, a partir del procesamiento de la base de datos del Sistema de Información de Recursos Humanos del MS Chile (SIRH) al mes de agosto del 2020 y del Registro Nacional de Prestadores Individuales al mes de julio del 2020.

## Cuadro 19. Atenciones esenciales no relacionadas con la enfermedad por el coronavirus de 2019 postergadas acumuladas en Chile

Tipo de prestación	Servicios postergados en agosto del 2020 versus agosto del 2019
Intervenciones quirúrgicas electivas	179 406 (–44% con respecto al año 2019)
Consultas médicas	3 548 484 (–44% con respecto al año 2019)

Fuente: respuesta del Ministerio de Salud de Chile al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio, recibida el 11 de noviembre del 2020.

- Contratar en calidad de honorarios a los profesionales y establecimientos que hayan suscrito convenios de dedicación exclusiva (25).<sup>106</sup>
- Disponer la realización de trabajos extraordinarios al MS Chile, las Seremi y los servicios de salud (91); es decir, la continuación de la jornada ordinaria, de noche o en días sábado, domingo y festivos, de acuerdo con el artículo 66 del Decreto con Fuerza de Ley N.º 29 de 2004 (102).
- Autorización otorgada a los directores de servicios de salud de ofrecer la posibilidad a los profesionales liberados de guardia de volver a ejercer funciones asistenciales incluidos turnos por un total de hasta 22 horas semanales (24). Se trata del personal médico y de odontología, bioquímica, y química y farmacia que, luego de haber trabajado por 20 años en turnos hospitalarios, son eximidos del servicio de guardia, a través del estatuto de la carrera sanitaria que les rige. Estos profesionales, una vez liberados de los turnos, conservan su cargo y, por lo general, cumplen funciones no asistenciales. En el grupo ocupacional del personal médicos, son aproximadamente 1500 personas a nivel nacional (cerca de 8% del total del personal médico que se desempeña en los hospitales públicos).
- Efectuar las modificaciones en horarios de trabajo y sistemas de turnos en la medida que se requiera para asegurar la optimización de la capacidad asistencial; en este proceso se pueden establecer horarios diferidos de ingreso, turnos en días libres o turnos de 24 horas, entre otras medidas (24).
- Contratar, de manera temporal y durante la vigencia de la alerta sanitaria, a personal estatal que se haya acogido a la bonificación de retiro voluntario,<sup>107</sup> sin que apliquen las prohibiciones y condiciones establecidas por ley, que corresponden a devolver el valor de la bonificación (91). Por supuesto teniendo presente que eventualmente pertenecen a población de riesgo y por tanto es necesario resguardarlos (24).
- Contratar estudiantes que estén cursando sexto año en adelante de la carrera de medicina y de estudiantes que estén cursando el séptimo semestre en adelante de las carreras de enfermería, obstetricia y puericultura, tecnología médica, kinesiología y psicología (91).
- De acuerdo con el Ordinario N.º 714 del 20 de marzo del 2020 dirigido a la Asociación de Facultades de Medicina y la Asociación de Facultades de Odontología, el personal médico y de odontología en ciclo de destinación y formación<sup>108</sup> y los internos de la carrera de medicina de 6.º y 7.º año se deben poner a disposición del director de servicio de salud que les corresponde, suspender su actividad académica y permanecer con sus tutores, en función de

**106** Según la Ley N.º 20909 del 2016, firmar un convenio de dedicación exclusiva en un establecimiento público de salud prohíbe una contratación adicional por honorarios para cumplir horas adicionales.

**107** Mediante la Ley N.º 20612 de del 23 de marzo del 2012, la Ley N.º 20707 del 12 de diciembre del 2013, la Ley N.º 20921 del 15 de junio del 2016 y la Ley N.º 20986 del 19 de enero del 2017, se establece una bonificación para los funcionarios del MS Chile y sus entidades dependientes que cumplan 60 años de edad, si son mujeres, y 65 años de edad, si son hombres, entre julio del 2010 y junio del 2014 y que hagan efectiva su renuncia voluntaria.

**108** En 1955, a través del Decreto N.º 17615, se crea en Chile el ciclo de destinación y formación de médicos y dentistas generales titulados. Enfocado, al inicio, en el desempeño en zonas rurales o aisladas, se abrió luego a zonas urbanas que presentan altos niveles de precariedad e insuficiencia de acceso a la salud. Este ciclo es voluntario y contempla una fase de destinación de 6 años, período tras el cual el Estado financia la formación de especialista del profesional, que dura tres años. El médico u odontólogo que ingresa en el ciclo de destinación y formación está contratado por un establecimiento público de salud, tanto en su período de destinación (en APS), como en su período de formación (sobre todo en hospitales).



las necesidades de atención priorizadas en el establecimiento (103). **El personal médico en formación de especialidad financiada por el Estado conforma un grupo de más de 4000 profesionales** de salud en los establecimientos públicos.

- Autorizar la contratación y el ejercicio de personal médico titulado en el extranjero cuyo título no esté revalidado o habilitado en Chile (91).
- Contratar personal médico que haya obtenido su título en el extranjero y que este título se encuentre revalidado, aun cuando no todavía no cuenten con la aprobación del Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (91).
- Medidas extraordinarias de reemplazo de ausencias en los establecimientos de salud del sector público (24). Para el personal clínico se suspenden el uso de feriados legales, permisos administrativos y comisiones de servicio. Los directores deben cubrir todas las ausencias por licencias médicas o cuarentenas preventivas, a través de la contratación de personal de salud en la modalidad de honorarios, en todas las unidades de atención de pacientes. La medida

también aplica en las unidades de apoyo que aseguran el correcto funcionamiento de las unidades de atención de pacientes, y se recurre en primera instancia a la realización de horas extraordinarias (extensión horaria) y, en segundo lugar, reclutando personal de reemplazo en la modalidad de honorarios. Estas instrucciones permitieron dejar sin efecto instructivos anteriores de política de RHS del MS Chile, que impulsa a los equipos directivos a comprometerse en la aplicación una estrategia de reducción del ausentismo por licencia médica en sus establecimientos, lo cual limita por completo las posibilidades de reemplazo.

Por otra parte, con respecto **a los incentivos**, en marzo del 2020 se recomienda a los servicios de salud del país establecer modalidades de contratación para reemplazos, nuevos contratos y horas de refuerzo de los RHS ya contratado. Para ello, se establece **un mecanismo de incentivo en el contexto de la emergencia sanitaria con un aumento de hasta 30% del valor de la hora de remuneración**. Los directores de servicios de salud tienen las facultades para aplicar esta medida, y eligen el porcentaje y los RHS al que se aplica, en el marco de su disponibilidad presupuestaria (104).

Ya en diciembre del 2020, como resultado de un acuerdo con los siete gremios de salud miembros de la Mesa del Sector Público, por medio de la Ley N.º 21306 del 31 de diciembre del 2020, **se otorga por una sola vez un bono especial de emergencia sanitaria COVID-19 por valor de CLP 200 000 (equivalentes a US\$ 272)** (véase el cuadro A2.6 en el anexo 2) **para los más de 220 000 profesionales de la salud, a entregar en enero del 2021.**<sup>109</sup> Este grupo de RHS incluye al personal de la APS, a los servicios de salud, los establecimientos de salud de carácter experimental y el personal de planta y contratados que se desempeñen en las Seremi.<sup>110</sup>

La pandemia de COVID-19 pone de manifiesto la problemática del reclutamiento de los RHS en las zonas geográficas extremas y, en algunos casos, fue necesario enviar equipos de salud gestionados desde el nivel central. Para apoyar este proceso, se realizaron actividades conjuntas entre el MS Chile y el Servicio Civil (105) para hacer las ofertas mediante una postulación en línea en el portal “Yo sirvo a mi país” (106) para apoyar los procesos de reclutamiento y selección en los diferentes establecimientos asistenciales; sin embargo, no se cuenta con un registro de cuántas de las personas inscritas fueron contratadas.<sup>111</sup>

### 2.3.3. Protección y apoyo a los recursos humanos para la salud

El RHS es un grupo de alto riesgo, vulnerable a las infecciones y a experimentar alteraciones de salud mental por estar en la primera línea de atención en los servicios de salud. Esto requiere estrategias multidimensionales e integradas para abordar este problema de forma adecuada. En este apartado se describen las actividades que se han realizado en Chile para abordar la protección y la seguridad del personal de salud.

#### 2.3.3.1. Seguridad y salud en el trabajo y prevención y control de infecciones

El 22 de enero del 2020 se indicó que, para la atención de casos con diagnóstico presuntivo o confirmado de COVID-19 y para la toma de muestras, los RHS deberán cumplir con las precauciones estándares para el control de infecciones en la atención de salud (108).

El 5 de febrero del 2020, el MS Chile comunica que se ha dispuesto una suma de más de CLP 10 000 millones (equivalentes a US\$ 13 598 924) para la compra de EPP (108, 109). El 18 de marzo se complementó con la inversión de CLP 28 000 millones (equivalentes a US\$ 38 076 987) (110). A través de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, con estos recursos se adquirieron EPP en el mercado internacional, y se entregaron en las regiones con mayor escasez (111), acompañado de donaciones de alcohol por parte de empresas de licores (112) y donaciones del Gobierno de la República Popular China (113). Aun así, el MS Chile señala que existió un déficit, en algunas regiones más que otras en las etapas iniciales.

El 3 de abril del 2020, a través de la Circular C37 N.º 2 del 2020 (34), se dieron instrucciones para la racionalización de EPP cuando no se atiende directamente a pacientes; solo se usan precauciones adicionales cuando se trate de pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de COVID-19. El uso racional incluye el uso de delantal, guantes protección ocular y mascarilla quirúrgica (114), y se reserva el uso de la mascarilla N95 solo para procedimientos de mayor riesgo e incluso con un uso extendido de esta; es decir, de manera secuencial sin removerla ni reemplazarla.

La escasez de EPP se corrobora a través de las cuatro encuestas realizadas en línea por el Colegio Médico

<sup>109</sup> Para más información, véase: Ministerio de Salud de Chile. Presidente Piñera anuncia promulgación de bono para personal de la salud por pandemia de COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/presidente-pinera-anuncia-promulgacion-de-bono-para-personal-de-la-salud-por-pandemia-de-covid-19/>.

<sup>110</sup> De acuerdo con el Ministerio de Salud de Chile, están en desarrollo mesas de trabajo para detectar e incluir otro personal de salud involucrado en la atención relacionada con la COVID-19 que por su tipo de contrato o interpretación de la norma no ha sido incluido inicialmente como beneficiario del bono COVID.

<sup>111</sup> Respuesta del Ministerio de Salud de Chile al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 11 de noviembre del 2020 y complementada el 3 de diciembre del 2020.

sobre la disponibilidad de EPP en los establecimientos de salud. La primera de ellas se realizó el 30 de marzo del 2020, cuando **85% de las respuestas notificaron la falta de algún insumo de EPP y 75% nombraron la mascarilla N95**. Para la cuarta encuesta, que se realizó el 27 de abril, se informó lo mismo en 60% de las respuestas, con la mascarilla N95 el insumo más deficitario, con 50,6% (76).

Por lo anterior, el 29 de abril del 2020, a través de la Circular N.º 005 del 2020 (115) se instruyó a los servicios de salud, en caso de ser necesario, sobre un protocolo de reprocesamiento de mascarillas N95 y FFP2, adaptado de las recomendaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA, por su sigla en inglés) del 2020, sobre el mismo tema, de acuerdo con la misma circular. La circular del Ministerio de Salud instruyó sobre el uso de este procedimiento solo en los casos excepcionales de no contar con una cadena de abastecimiento asegurada de los insumos señalados, lo que se debe demostrar por la autoridad local.

Cabe destacar que el 23 de mayo del 2020 se recibe una donación de 15 toneladas de EPP por parte empresarios privados chinos, como parte de la campaña iniciada por la embajada chilena en ese país "China Ayuda a Chile", valoradas en US\$ 2,7 millones (116). Además, el Estado de Israel donó 1,5 toneladas de EPP el 10 de julio del 2020 (117).

Por otra parte, con respecto a la PCI, el 12 de marzo del 2020, el MS Chile emite las Recomendaciones generales para la organización de la atención en establecimientos de APS en contexto de pandemia (118), en relación con la prevención de riesgos de contagio por COVID-19 en los usuarios, la comunidad y el personal de salud. Contiene, entre otros, instrucciones de bioseguridad para resguardar la salud del personal de salud.

Por la Resolución N.º 182 del 17 de marzo del 2020 (66), se define la modalidad de trabajo a distancia para grupos de RHS de riesgo que incluye el personal de salud que retorna del extranjero y debe

cumplir cuarentena, mujeres embarazadas, padre o madre cuidador o cuidadora de menores de 18 años que no pueden asistir a la guardería o al colegio por el cierre de estos establecimientos, personas mayores de 60 años o haber recibido orden de cuarentena.

En la Resolución N.º 156 del 1 de abril del 2020 (119),<sup>112</sup> se dispone que cada establecimiento de salud debe velar por la aplicación de las medidas de protección de su personal de salud, con cumplimiento estricto del protocolo de utilización de los EPP difundido por el MS Chile. Asimismo, debe notificar a diario a la División de gestión y desarrollo de las personas del MS Chile los casos de personal contagiado y de alto riesgo por contacto, según el protocolo establecido en el Ordinario N.º 670 del 18 de marzo del 2020 (120), que incluye cinco pautas para la verificación elaboradas por la Unidad de control y prevención de las IAAS del Departamento de calidad y seguridad de la atención del MS Chile:

1. Cumplimiento de precauciones estándares y adicionales.
2. Capacitación del personal en prevención de IAAS.
3. Condiciones de las unidades para la atención de casos con diagnóstico presuntivo o confirmado de COVID-19.
4. Flujo de circulación de pacientes en el establecimiento.
5. Traslado en ambulancia de pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de COVID-19.

Por otra parte, mediante el Ordinario N.º 1218 del 23 de abril del 2020 (121), el MS Chile envió recomendaciones para la gestión de RHS para la atención relacionada con la COVID-19 a los directores del sistema público, del sistema privado y de las Fuerzas Armadas orientadas a la seguridad en la atención del paciente y a la protección de riesgo del personal de salud, que son las que se describen a continuación:

112 Derogada el 16 de febrero del 2021.

- Organización de los turnos.
- Separación de los flujos de circulación.
- Constitución de equipos diurnos que trabajen por rotación de 14 días (duración de la medida de aislamiento en caso de contagio del SARS-CoV-2).
- Refuerzos de salud digital a la población por parte del personal en aislamiento preventivo.
- Adaptación de horarios.
- Aplicación de modalidades de teletrabajo cuando no se requiere la presencialidad.
- Evaluación de la posibilidad de poner a disposición medios de transporte y alojamiento para el personal.
- Aplicación de un plan de acción local sobre salud mental para el personal de salud.

Estas recomendaciones se complementaron con el Ordinario N.º 2124 del 8 de julio del 2020 (122), en el que dan instrucciones a las Seremi y los directores de los servicios de salud para el estudio de brotes de IAAS durante la pandemia de COVID-19 en pacientes y personal de salud, en los establecimientos de salud públicos y privados.

Con base en la Ley N.º 16744 de 1968, que establece normas sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (84), la **Superintendencia de Seguridad Social declara, el 27 de abril del 2020, la COVID-19 como enfermedad de origen laboral** para el personal de salud que se desempeña en establecimientos de salud (39).

El 1 de junio del 2020, el MS Chile otorga un seguro de vida a todos los funcionarios del sistema público de salud, incluido el personal que atiende pacientes, como aquel que cumple funciones de apoyo o administrativas en los hospitales públicos y establecimientos de APS, es decir, que cubre a los 235 000 funcionarios del sector público en salud a junio del 2020 (42). Este seguro tiene una vigencia retroactiva desde el inicio de la pandemia y hasta el 31 de diciembre del 2020. El 19 de diciembre del 2020, el MS Chile firmó un acuerdo con las aseguradoras para una prórroga hasta el 31 de marzo del

2021 (123). El 11 de junio, el Ministerio de Justicia otorga el mismo beneficio a los 1100 funcionarios del Servicio Médico Legal (124). El monto del seguro de vida pactado con las empresas aseguradoras es de CLP 7 200 000 (equivalente a US\$ 9900) por profesional para el beneficiario sobreviviente (en el cuadro A2.7 del anexo 2 resume la legislación emitida sobre seguridad y salud en el trabajo y bienestar de los RHS).

Con respecto a las pruebas de detección viral y vigilancia epidemiológica en los ámbitos nacionales o locales, el Departamento de Epidemiología del MS Chile es el encargado nacional de la vigilancia epidemiológica de la población, que incluye el seguimiento del personal de salud contagiado con COVID-19, definida como enfermedad de notificación obligatoria. Este departamento utiliza el sistema EPIVIGILA. Las 16 Seremi conforman la red territorial dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública del MS Chile. Tienen, entre sus funciones, la vigilancia epidemiológica en cada región, en articulación con el MS.

El 10 de mayo del 2020, el MS Chile comienza a utilizar las pruebas rápidas de inmunoglobulina G e inmunoglobulina M en los RHS. Se busca aumentar la capacidad de testeo para ayudar a monitorear a los profesionales de la salud y la aplicación de las medidas de seguridad en los establecimientos de salud (37). Con este objetivo, se realizan las pruebas de anticuerpos cada 15 días al personal que se desempeña en unidades de alto riesgo (125).

De acuerdo con el Informe epidemiológico del 12 de enero del 2021 (9), al 3 de enero se habían efectuado 6 549 852 pruebas de detección de SARS-CoV-2 (con técnica de reacción de cadena de la polimerasa con retrotranscripción [RT-PCR, por su sigla en inglés]), de las cuales 593 988 (9,1%) se realizaron a los RHS. Esto significa que se han realizado 0,93 exámenes por persona inscrita en el Registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud, **mientras que, en la población general, esta cifra es de 0,31 exámenes por persona; es decir, se han realizado tres veces más pruebas en los RHS. Por otra parte, el número de pruebas por persona es mayor para el personal médico (1,32) y el personal de enfermería (1,42).**



El personal de salud está particularmente expuesto a los efectos negativos en la salud mental, tanto por la incertidumbre que causa enfrentarse a una patología nueva, como la preocupación de exponer a su propia familia a enfermarse, a lo cual se pueden agregar la sobrecarga de trabajo en contextos de escasez de RHS.

Varios países de la Región de las Américas participan en el estudio HEROES en el contexto de la pandemia de COVID-19, que aborda los problemas de salud mental, conductuales y sociales que experimentan los profesionales de la salud en diferentes contextos (hospitales, centros de atención primaria y residencias, entre otros) (126). Se trata de una investigación longitudinal que hará un seguimiento durante dos años a una muestra de profesionales de la salud en cada país. En Chile, el equipo de investigadores que coordina el estudio pertenece a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Hasta la fecha, se publicaron dos informes preliminares (77, 127).

Se aplicó el *Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9* (PHQ-9, por su sigla en inglés) a **935 profesionales de la salud** pertenecientes a distintos grupos ocupacionales y regiones de desempeño entre el 19 de mayo y el 2 de julio del 2020. **Se encontró que los síntomas depresivos notificados con más frecuencia son las alteraciones del apetito (38,6%), la sensación de falta de energía y cansancio (37,3%) y las alteraciones del sueño (32,7%).** Estos síntomas aparecieron con mayor frecuencia a la que se observa en la población general chilena utilizada para la validación del estudio sobre el personal de salud. Además, 7% de este grupo declara haber tenido ideas suicidas. Estas constataciones refuerzan la importancia para los países de aplicar integrales de cuidado de la salud mental del personal de salud involucrado en la emergencia de salud de COVID-19.

El 21 de abril del 2020 se publica el documento preparado por la Universidad de Chile para la Mesa Social COVID-19 *Salud mental en situación de pandemia* (128). Entre los grupos de riesgo poblacionales que se deben considerar en un plan de salud mental en contexto de pandemia está incluido el del personal de salud, de acuerdo con

las directrices y experiencias preexistentes en el país en materia de salud mental relacionada con situaciones de emergencias y desastres. En esta perspectiva, el 1 de junio del 2020 se lanza el Plan SaludableMente (129), orientado a la prevención de riesgos y atención de la salud mental de la población, incluido el personal de salud. Este plan consta de una mesa de expertos y una plataforma digital dedicada a ofrecer ayuda, resolver dudas y dar recomendaciones, y funciona en el marco del Hospital Digital (130). A partir del trabajo realizado en el marco de este plan, se elabora el informe *Consideraciones generales de salud mental en trabajadores de la salud en pandemia*, con orientaciones para actualizar los planes de acción de los servicios de salud (131).

Cabe señalar que, en los meses de marzo, abril y mayo del 2020, el Colegio Médico publicó guías y recomendaciones para el personal de salud y sus



jefaturas. Este material versaba sobre las problemáticas de protección de la salud, en particular la salud mental. En general, fue elaborado en colaboración con otras entidades tales como la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y las sociedades de medicina intensiva, infectología, neurología y psiquiatría, entre otras. Esta documentación se publica en el sitio web del Colegio Médico (132), junto con la información sobre oferta de cursos y capacitaciones.

Por último, del establecimiento de organizaciones de trabajo que, a nivel de las unidades de hospitalización, busquen equilibrar las cargas laborales y prevenir el **síndrome de desgaste profesional** es atribución de los equipos directivos y jefaturas de los servicios de salud y hospitales, con las cuales del MS Chile mantiene reuniones periódicas para acompañar la difusión de protocolos e instructivos y conocer las dificultades que se presentan a nivel local.

El MS Chile realiza actividades para detectar el ausentismo y si este se ha visto afectado por la emergencia de salud, tanto en el subsistema privado como en el público. En una primera aproximación, se observa que, en el primer año de la pandemia, aproximadamente 15 000 miembros del personal del subsistema público han solicitado licencia, de los cuales 10 000 lo han hecho por alteraciones de su salud mental.

### 2.3.3.2. Capacitación

Desde la primera fase del Plan de Acción COVID-19 se dicta un curso en línea de 20 horas para 2000 personas adicionales a las 66 638 personas que reciben capacitación permanente sobre IAAS (78).

En marzo, y en alianza con las sociedades de medicina intensiva y medicina de urgencia, el MS Chile financió y facilitó, a través de la herramienta del Hospital Digital, la capacitación de 28 000 funcionarios de la red asistencial de unidades de cuidado intensivo y otras unidades hospitalarias, además de personal de APS y servicios de urgencia (79). El foco está puesto principalmente en el personal médico, de enfermería y de kinesioterapia.

Se inauguró otra línea de capacitación para profesionales anestésistas, en alianza con la Sociedad Chilena de Anestesiología.

Además, en el Hospital Digital se instalaron tres unidades de atención remota llamadas “células” en las áreas de medicina intensiva, atención de enfermería y kinesioterapia, con el objetivo de brindar apoyo asistencial durante las 24 horas, los siete días de la semana a personal que trabaja en los establecimientos de la red de salud, en la modalidad de apoyo tutorial.

En junio del 2020, tras el inicio de la Estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento (15), **la Universidad de Chile recluta y capacita a más de 1000 personas voluntarias, estudiantes de carreras de la salud**, para reforzar a los centros de APS de la Región Metropolitana en tareas de seguimiento y trazabilidad (80).

Se capacitó a los RHS de los servicios de salud, Seremi y profesionales médicos internos del último año, a través de los Programas Anuales de Capacitación de los Servicios de Salud y el Programa de Capacitación a Distancia (133) sobre COVID-19, oxigenoterapia, ventilación mecánica invasiva y no invasiva, precauciones estándares e IAAS. Al 30 de septiembre del 2020, se habían capacitado 104 541 personas en modalidad a distancia, 299 en modalidad de aprendizaje semi-presencial y 4400 en modalidad presencial.<sup>113</sup> En el cuadro 20 se resumen las herramientas utilizadas y el alcance de cada una con un resultado final de 69,3% de los RHS del sector público capacitado (140 240/202 289 personas).

El MS Chile señala que la capacitación a distancia tiene la ventaja de permitir un aprendizaje asincrónico y flexibilidad horaria, que a su vez ofrece la posibilidad de compatibilizar los horarios destinados para la capacitación con los turnos y dar a su vez continuidad al servicio de atención de usuarios. Sin embargo, la interacción con el docente solo existe a través de foros y no de manera directa, por lo cual las consultas y respuestas no son simultáneas con las clases. Por otra parte,

113 Respuesta del Ministerio de Salud de Chile al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 11 de noviembre del 2020.

## Cuadro 20. Capacitación de recursos humanos para la salud en Chile

Herramienta	Personas capacitadas
Aumento de personas entrenadas permanentemente en IAAS <sup>1</sup>	2000
Hospital Digital <sup>2</sup>	28 000
Universidad de Chile <sup>3</sup>	1000
SIAD <sup>4</sup>	104 541
Aprendizaje semipresencial <sup>4</sup>	299
Modalidad presencial <sup>4</sup>	4400
<b>Total</b>	<b>140 240</b>

IAAS: infecciones asociadas a la atención en salud; SIAD: sistema de aprendizaje a distancia.

### Fuentes:

1 Ministerio de Salud. Preparación y respuesta frente a COVID-19 en Chile. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en [https://www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=tramitacion&ac=getDocto&iddocto=8266&tipodoc=docto\\_comision](https://www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=tramitacion&ac=getDocto&iddocto=8266&tipodoc=docto_comision).

2 Ministerio de Salud. Hospital Digital capacita a más de 28 mil profesionales en cuidado de pacientes COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/hospital-digital-capacita-a-mas-de-28-mil-profesionales-en-cuidado-de-pacientes-covid-19/>.

3 Universidad de Chile. U. de Chile recluta a más de mil estudiantes para hacer seguimiento y trazabilidad de pacientes con COVID-19. Santiago de Chile: UC Chile; 2020. Disponible en <https://www.uchile.cl/noticias/164912/u-chile-convoca-a-su-comunidad-para-hacer-seguimiento-y-trazabilidad>.

4 Respuesta del Ministerio de Salud de Chile al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 11 de noviembre del 2020.

las capacitaciones a distancia realizadas a través de Hospital Digital no cuantifican ni georreferencian a los participantes; por otra parte, las videoconferencias de corta duración realizadas no exigen un mínimo de horas ni tienen una evaluación final, por lo que no redundan en el ascenso en los escalafones de remuneración o los cambios de niveles en la carrera.<sup>114</sup>

Existen dos herramientas propician el desarrollo de la capacitación y la participación en ella (134):

1. Las entidades de la administración del Estado y territorial tienen la obligación legal de dedicar 1% de las remuneraciones imponibles a la capacitación de los funcionarios públicos.
2. Los estatutos de las carreras funcionarias incluyen la capacitación entre los criterios establecidos para el ascenso en la carrera.

### 2.3.3.3. Vacunación

El proceso de vacunación elaborado por el MS Chile empezó de manera gradual y progresiva, de acuerdo con la cantidad de dosis que llegaban al país. La primera fase empezó el 24 de diciembre del 2020 con las primeras 154 050 dosis recibidas<sup>115</sup> destinadas a los RHS de las unidades de paciente crítico de nueve, y a la aplicación de la primera dosis de todos los RHS del sector público y a los adultos mayores de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores y el Servicio Nacional de Menores de siete regiones.

El 28 de enero del 2021 se inicia la segunda fase del plan de vacunación,<sup>116</sup> que se aplica de forma masiva a partir del 3 de febrero. El objetivo de esta segunda fase es vacunar a aproximadamente 5 millones de personas que pertenecen a los grupos

114 Los estatutos de los RHS del sistema público definen criterios para el ascenso en los escalafones de remuneración o los cambios de niveles en la carrera. Uno de ellos es la participación en capacitaciones evaluadas de un mínimo de horas de duración.

115 Al 20 de enero del 2020, se recibieron 154 050 dosis en cuatro remesas de vacuna BNT162b2\* de los Laboratorios Pfizer y BioNTech.

116 En ese momento, se reciben dos millones de dosis de vacunas Sinovac® (para más información, véase: Gobierno de Chile. Presidente recibe primer cargamento de casi 2 millones de vacunas Sinovac contra el Covid-19: "Es un día de alegría, y de esperanza porque, después de tanto dolor, sufrimiento, privaciones y angustias, vemos la luz al final del túnel". Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 28 de enero del 2021. Disponible en <https://www.gob.cl/noticias/presidente-recibe-primer-cargamento-de-casi-2-millones-de-vacunas-sinovac-contra-el-covid-19-es-un-dia-de-alegria-y-de-esperanza-porque-despues-de-tanto-dolor-sufrimiento-privaciones-y-angustias-vemos-la-luz-al-final-del-tunel/>, seguido de otro cargamento igual recibido el 31 de enero (para más información, véase: Gobierno de Chile: Llega a Chile segundo cargamento de Sinovac con casi 2 millones de vacunas. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 31 de enero del 2021. Disponible en <https://www.gob.cl/noticias/llega-chile-segundo-cargamento-de-sinovac-con-casi-2-millones-de-vacunas/>).

prioritarios por tener mayor riesgo durante el primer trimestre, y que 80% de la población objetivo del país, cerca de 15 millones personas, se vacunen durante el primer semestre del 2021.

Se definieron los siguientes como grupos prioritarios:

- Personal de salud, completando el faltante de la primera fase. Al respecto, desde el 19 de febrero se completó la aplicación de la primera dosis a todo el personal de salud.
- Personas con comorbilidades.
- Personas residentes en centros de larga estadía (incluye establecimientos larga estadía del adulto mayor, centros del Servicio nacional de menores y personas con discapacidad física y mental).
- Personas mayores de 60 años.
- Personal que se desempeña en el área de educación.
- Personal crítico de la administración del Estado.

Para lograr estas metas, se habilitaron más de 2500 centros de vacunación en todo el país en estadios deportivos, plazas, centros educativos, los centros de APS (en estos últimos en donde históricamente se aplica el Plan Nacional de Inmunizaciones del país) (135). Las cinco regiones con la mayor cantidad de establecimientos fueron la Región Metropolitana, Maule, Valparaíso, Biobío y O'Higgins. Además, se autorizó no solo a los profesionales y los técnicos de enfermería para vacunar, sino también a otros profesionales de la salud como matronas y odontólogos (136, 137).

Desde el 17 de diciembre del 2020, los contratos en proceso o suscritos permitían acceder a las siguientes vacunas (81):

1. 10 millones de dosis con el laboratorio Pfizer-Biontech.
2. 20 millones de dosis anuales con el laboratorio Sinovac por los próximos 3 años (138).

3. 10 millones de dosis de los laboratorios Astra-Zeneca-Oxford, Janssen-Johnson & Johnson y el Mecanismo COVAX para el Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19.

El 24 de diciembre del 2020 se aprobaron las directrices técnico-operativos para la vacunación contra el SARS-CoV-2 mediante la Resolución N.º 1138 (139),<sup>117</sup> que dieron el marco general para el desarrollo de la campaña de vacunación, en el que se consideraron los siguientes aspectos (para más información, véase el cuadro A2.8 en el anexo 2, donde se resume la legislación sobre la vacunación contra el SARS-CoV-2):

- Seguridad de las vacunas.
- Cadena de frío.
- Sistema de información.
- Comunicación social.
- Capacitación a los RHS.
- Supervisión y fiscalización.
- Control de existencias.
- Monitoreo y verificación de coberturas.
- Organización de la campaña.

**Con respecto a la capacitación, se pone el foco de atención en el manejo de las reacciones posvacunación.** Por otra parte, en el documento de planificación para la vacunación contra el SARS-CoV-2 (85) se establecen directrices con respecto al proceso de vacunación y se indica que los RHS deben llevar su EPP, mantener las condiciones adecuadas de distanciamiento y protección durante la vacunación, evitar aglomeraciones, realizar la higiene de manos en momentos específicos y seguir las recomendaciones de la Guía de vacunación segura (140).

### 2.3.4. Financiamiento

Los países han utilizado diferentes mecanismos para abordar la escasez de personal de salud y responder a la emergencia de salud. Al hacerlo, han

117 Complementada mediante la Resolución N.º 136 del 10 de febrero del 2021. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/RES-EXENTA-N-136\\_.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/RES-EXENTA-N-136_.pdf).

aumentado de manera notable las inversiones en RHS, EPP, kits de prueba e instalaciones de salud.

El financiamiento del costo adicional de las medidas de respuesta a la COVID-19 tomadas para aumentar la disponibilidad de los RHS, así como para su protección y remuneración, fue asumido por el Gobierno de Chile, con reorientación de los recursos ya presupuestados por el MS Chile y con medidas extraordinarias.

En el primer caso, el 11 de marzo del 2020 se anticiparon medidas para enfrentar los meses de invierno por valor de CLP 7000 millones (equivalentes a US\$ 9 519 247) destinadas a que los municipios contraten personal y adquieran insumos como preparación a la respuesta a la COVID-19; esta medida es un adelanto de los fondos ya destinados a los municipios, pero con fines diferentes (141). En este mismo sentido, los gastos de capacitación ejecutados al 30 de junio llegan a CLP 313 679 000 (equivalentes a US\$ 522 791) del presupuesto total (CLP 6 808 731 000, equivalentes a US\$ 9 083 041) y correspondieron al presupuesto ya asignado a los planes anuales de capacitación de los servicios de salud y del MS Chile, de manera que fueron reorientados en función de los contenidos priorizados en el marco de la pandemia de COVID-19. Por último, antes del 19 de marzo del 2020 se había anunciado la inversión de CLP 38 000 millones (equivalentes a US\$ 51 675 911) en la compra de EPP: No está del todo claro si esta inversión se financió con recursos del MS. si fuera el caso, estas inversiones se clasificarían como medidas de este tipo.

Ya en términos de medidas extraordinarias, el 19 de marzo del 2020, mediante el Decreto N.º 333 (142)

se dispone de hasta 2% del valor del presupuesto anual del Estado, con asignación de los fondos al MS. El monto máximo disponible llega a la suma de CLP 1 185 640 409 680 (equivalentes a US\$ 1 635 001 092), que hacen parte del paquete del plan de emergencia económica anunciado (143) (para más información, véase el cuadro A2.9 del anexo 2).

Esta medida extraordinaria es adicional a la creación de un fondo de CLP 220 000 millones (equivalentes a US\$ 299 176 328) para financiar medidas de salud con fecha del 16 de marzo del 2020, cuando inicia la fase 4 del Plan de Acción COVID-19 (144).

Según los datos del MS Chile, se dedicó un presupuesto adicional de CLP 184 276 055 000 (equivalentes a US\$ 253 955 686) a los gastos involucrados por la contratación de personas o de horas extraordinarias en el sector público, que se financió con los recursos entregados por el Ministerio de Hacienda en el contexto de la emergencia de salud por COVID-19. Por otra parte, también se dedicó presupuesto adicional a la compra de EPP, aunque no se especificó el valor.<sup>118</sup>

Por último, el Bono COVID otorgado al personal de salud por medio de la Ley N.º 21306 del 2020 (28) tiene un costo fiscal de CLP 44 480 millones (equivalentes a US\$ 60 488 014), aunque se desconoce la fuente de financiamiento.

## 2.4. Conclusiones y desafíos

En el cuadro 21 se resumen las estrategias y los mecanismos utilizados en Chile para fortalecer los RHS, en términos de disponibilidad, capacitación, protección, bienestar y remuneración, para dar respuesta a la COVID-19.



118 Respuesta del Ministerio de Salud de Chile al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 11 de noviembre del 2020.

**Cuadro 21.** Estrategias y mecanismos para abordar aspectos relacionados a los recursos humanos para la salud para responder a la COVID-19 en Chile

Estrategia	Mecanismo de implementación
<b>Pilar 1. Preparación para dar respuesta inicial a la emergencia de salud</b>	
<b>Estimación de necesidades de RHS para la respuesta a la COVID-19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizó un estudio para planificar los RHS centrado en la necesidad de dotarlos y reforzarlos según las distintas estrategias asistenciales definidas en el Plan de Acción COVID-19; se utilizó una versión adaptada de la guía metodología que se emplea para realizar los estudios de preinversión hospitalaria.</li> <li>• En el estudio se estimó la necesidad de aumentar los RHS en 17 439 personas.</li> <li>• Estos resultados se usaron para negociar con el Ministerio de Hacienda los recursos presupuestarios necesarios.</li> </ul>
<b>Pilar 2. Fortalecimiento de los RHS para aumentar la capacidad de respuesta del sistema de salud</b>	
<b>Aumento de la disponibilidad de RHS en atención a los casos con diagnóstico presuntivo, probable o confirmado de COVID-19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A través del mecanismo de contratación directa de personal, se agregaron 19 027 personas.</li> <li>• También se establecieron los siguientes mecanismos, aunque se desconoce su alcance: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar traslados de personal.</li> <li>• Contratar en calidad de honorarios a los profesionales y establecimientos que hayan suscrito convenios de dedicación exclusiva.</li> <li>• Disponer la realización de trabajos extraordinarios.</li> <li>• Autorizar a los profesionales liberados de guardia para volver a ejercer funciones asistenciales.</li> <li>• Efectuar las modificaciones en horarios de trabajo y sistemas de turnos.</li> <li>• Contratar, de manera temporal y durante la vigencia de la alerta sanitaria, a exfuncionarios que se hayan acogido a la bonificación de retiro voluntario.</li> <li>• Contratar estudiantes que estén cursando 6.º año en adelante de la carrera de medicina y de estudiantes que estén cursando el 7.º semestre en adelante de las carreras de enfermería, obstetricia y puericultura, tecnología médica, kinesiología y psicología.</li> <li>• Disponer que el personal médico y de odontología en ciclo de destinación y formación, y quienes cursan el 6.º y 7.º año del interinato de medicina se deben poner a disposición del director de servicio de salud.</li> <li>• Autorizar la contratación y el ejercicio de personal médico titulado en el extranjero cuyo título no esté revalidado o habilitado en Chile.</li> <li>• Contratar profesionales de la medicina que hayan obtenido su título en el extranjero y que este título se encuentre revalidado, aun cuando no hayan finalizado su aprobación del Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina.</li> <li>• Disponer de medidas extraordinarias para reemplazar al personal ausente.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Mejora en las condiciones de trabajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de vida a todos los RHS del sector público, desde el inicio de la pandemia hasta el 31 de marzo del 2021. Cubre a 235 000 funcionarios del sector público de salud (datos al mes de junio del 2020).</li> </ul>
<b>Definir competencias nuevas para los RHS para la prevención y el tratamiento de la COVID-19</b>	<p>Se capacitó a 69,3% de los RHS del sector público a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de personas con capacitación permanente en IAAS (2000 personas).</li> <li>• Hospital Digital (28 000 personas al mes de abril del 2020).</li> <li>• Universidad de Chile (1000 personas).</li> <li>• Sistema de aprendizaje a distancia (104 541 personas al 30 septiembre del 2020).</li> <li>• Aprendizaje semipresencial (299 personas al 30 de septiembre del 2020). y</li> <li>• Modalidad presencial (4400 personas al 30 de septiembre del 2020).</li> </ul>

Estrategia	Mecanismo de implementación
Seguridad y salud en el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pautas para prevenir la infección por COVID-19 en las instalaciones de salud (enero del 2020), en especial con respecto al uso racional de EPP (abril del 2020).</li> <li>• Realización de pruebas diagnósticas a los RHS cada dos semanas (mayo del 2020), que es tres veces mayor que las realizadas a la población general, con el foco puesto en personal médico y de enfermería.</li> <li>• Reconocer la COVID-19 como una enfermedad laboral para los trabajadores de la salud (abril del 2020).</li> <li>• Se define la modalidad de trabajo a distancia para los RHS incluidos en grupos de riesgo: personal de salud que retorna del extranjero y debe cumplir cuarentena; mujeres embarazadas; padre o madre, cuidador o cuidadora de menores de 18 años que no pueden asistir a la guardería o al colegio por el cierre de estos establecimientos; personas mayores de 60 años; y quienes recibido la indicación de permanecer en cuarentena (marzo del 2020).</li> <li>• Plan de salud mental (junio del 2020).</li> </ul>
<b>Pilar 3. Revisión y actualización de medidas</b>	
Necesidades de RHS para vacunación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Según el Decreto N.º 6 del 2010, los establecimientos de la red de atención pública son los responsables de aplicar el esquema de vacunación del Programa Nacional de Inmunización.</li> <li>• Por medio de la Resolución N.º 136 del 2021, se autorizó que la vacunación sea aplicada por otros profesionales que cuenten con las competencias necesarias.</li> </ul>
Crear estímulos para los RHS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bono COVID-19 por valor de CLP 200 000 (equivalentes a US\$ 272) a todos los RHS del sector público en diciembre del 2020.</li> </ul>

COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; CLP: pesos chilenos; EPP: equipos de protección personal; IAAS: infecciones asociadas a la atención de salud; RHS: recursos humanos para la salud.

## 2.5. Tareas futuras

- Contratar de manera permanente a los RHS que se han incorporado en este período, si se tiene en cuenta no solo la gran inversión en infraestructura y equipamiento que se realizó en el sector para fortalecer la red asistencial, sino que también se ha invertido en el desarrollo de competencias y en la incorporación de personal especializado.
- El cuidado de la salud mental y bienestar de los funcionarios frente a los niveles de estrés causados por la pandemia, a fin de contribuir a la calidad de vida y conciliar la vida laboral con la vida familiar, factores importantes para propiciar ambientes saludables para el buen desempeño.
- Fortalecer la integración del sector de salud y educación en diferentes ámbitos que faciliten la disponibilidad y la distribución de RHS; factor clave para ofrecer respuestas oportunas a una contingencia de la naturaleza de la pandemia de la COVID-19.
- Potenciar herramientas y normativas que faciliten el teletrabajo, dada la contribución a la continuidad de las actividades que se pueden realizar con esta modalidad.
- Unificar en un gran sistema de información todos los datos sobre los RHS, con incorporación de los subsistemas público y privado de salud para potenciar la toma de decisiones.

## 3. Colombia

### Puntos clave

- Al mes de diciembre del 2020 se notificaron un total de 21 832 casos confirmados de COVID-19 entre el personal de salud, incluidos 103 fallecimientos (3,27% de los RHS). Lo anterior afectó de manera negativa la disponibilidad de los RHS.
- Los casos confirmados de COVID-19 en el personal de salud como proporción de casos confirmados en la población total fue de 7,7% al comienzo de la pandemia y disminuyó a 1,56% en diciembre del 2020.
- A medida que se han establecido los protocolos clínicos, las evaluaciones de riesgos y la disponibilidad de EPP, las tasas de infección han disminuido.
- Del total de casos confirmados de COVID-19 entre el personal de salud, 62% desarrolló una infección después de la exposición asociada con la prestación de servicios de salud y 19%, después de la exposición en la comunidad.
- El país estimó la escasez de personal de salud por fase de la estrategia de respuesta a la COVID-19. Se detectó una falta de personal médico especialista en cuidados intensivos de adultos y pediátricos, medicina interna, anestesiología y cirugía general en casi todas las fases. Se estimó una falta de 6304 trabajadores de la salud (1,5% adicional al personal priorizado).
- Se utilizaron seis estrategias para responder al aumento de la capacidad en RHS: **1)** reasignación de personal de salud (16% del total de los RHS), **2)** nueva contratación con los grupos ocupacionales priorizados, **3)** personas jubiladas de las fuerzas militares y la Policía Nacional, **4)** RHS jubilados, **5)** RHS del Servicio Social Obligatorio de Residencias con autorización temporal y **6)** estudiantes del último año de programas de salud.
- Para abordar los problemas de seguridad y protección del personal de la salud, el país utilizó orientación técnica, capacitación y provisión de EPP, así como la aplicación del marco regulatorio para realizar de manera sistemática las pruebas de detección viral al personal de salud, reconocer la COVID-19 como enfermedad laboral y garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud mediante el financiamiento para la compra de EPP.
- Para llevar a cabo el plan de vacunación contra la COVID-19 se identifica la necesidad de capacitar y contratar personal adicional. El país inició la vacunación con una capacidad instalada para aplicar 100 000 vacunas diarias con 7000 personas que aplican las vacunas. La meta es aplicar 200 000 vacunas diarias y tener 70 000 personas para aplicar las vacunas.



## Tareas futuras

- Garantizar la disponibilidad de RHS para la respuesta a la COVID-19.
- Mejora de las condiciones laborales: estabilidad laboral y seguridad social para el personal de salud en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del país, así como garantizar la capacitación y la actualización de conocimientos de este personal.
- Realizar acciones de capacitación continua con base en tres pilares: contenidos estandarizados para un aprendizaje rápido y fácil, una plataforma tecnológica para garantizar la distribución en todo el territorio nacional (incluidas las zonas rurales y dispersas) y el seguimiento.
- Fortalecer y aplicar el uso de telesalud y telemedicina en más territorios después de la pandemia.
- Información actualizada sobre la comunicación y la capacitación en riesgos.



## 3.1. Contexto del país

En este apartado se presenta una breve descripción del sistema de salud del país y el análisis de la situación de los RHS antes de la pandemia de COVID-19.

### 3.1.1. Sistema de salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)<sup>119</sup> se basa en dos mecanismos de aseguramiento, el régimen subsidiado administrado por el gobierno y el régimen contributivo, administrado por las entidades promotoras de salud (EPS), en su mayoría privada.

El régimen contributivo cubre a las personas asalariadas, jubiladas con pensión e independientes, diseñado para cubrir a todos los trabajadores formales e independientes con posibilidad de pago. El régimen subsidiado cubre a quienes no pueden hacer aportes al sistema de salud. Aproximadamente 92,4% de la población colombiana está afiliada al SGSSS, distribuida entre el régimen subsidiado (44,8%), el régimen contributivo (43,7%) y los regímenes especiales (4%)<sup>120</sup>.

La afiliación al régimen contributivo del SGSSS es obligatoria y se gestiona a través de las EPS. Las personas elegibles para este régimen tienen cobertura de seguro de salud definida por el Plan Obligatorio de Salud. Las EPS entregan el recaudo de la contribución a un fondo conocido como Solidaridad y garantía, ahora nombrado Administrador de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Este último devuelve a las EPS la cantidad de dinero equivalente a la contribución de cada persona, en conjunto, ajustada por riesgo y de acuerdo con el número de afiliados actuales, que corresponde a

la unidad de pago por capitación. Los servicios de salud son proporcionados por IPS. Muchas de estas IPS están asociadas con EPS. La función de vigilar a las EPS la realiza la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), organismo del Estado, independiente del Ministerio de Salud y Protección Social (MS Colombia).

Las personas que pueden acceder un seguro médico privado y pagar sus gastos de bolsillo financian el sector privado.

En 2016, el MS Colombia aplicó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que consta de dos componentes: uno estratégico, que establece prioridades a largo plazo, y otro operativo, el Modelo Integral de Atención a la Salud (MIAS). La Resolución N.º 3280 del 2 de agosto del 2018 establece un modelo que pasa de la medicina curativa a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud a través de rutas integrales de atención (145). Además, el MIAS se centra en la APS para proporcionar un modelo holístico de atención al paciente que está orientado a la comunidad, es preventivo y no solo se ocupa de la enfermedad, con el paciente en el centro. En resumen, la PAIS es la política sanitaria nacional. El MIAS es el modelo para con el que se aplican las políticas. Las rutas de integrales de atención de la salud son un componente del MIAS, que define las acciones que deben realizar los agentes del sistema de salud para atender de manera integral las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades. La relación descrita entre las EPS y las IPS es un componente de una arquitectura descentralizada más general, que involucra unidades administrativas como municipios, departamentos y distritos. Colombia es un Estado centralizado que asigna funciones de salud pública a departamentos<sup>121</sup>, distritos y municipios según su capacidad de gestión, población y disponibilidad de recursos. El órgano regulador y rector

<sup>119</sup> El SGSSS, establecido por la Ley N.º 100 del año 1993, ha sido reformado a través de diferentes normas, en particular las leyes N.º 1122 del 2007 y la N.º 1438 del 2011. Asimismo, el componente de salud pública fue desarrollado por la Ley N.º 9 del 1979; la Ley N.º 10 del 1990 definió el modelo de descentralización, y la Ley N.º 715 del 2001 estableció los poderes y la estructura financiera descentralizada. Además, la Ley N.º 1164 del 2007 regula las condiciones del talento de los recursos humanos para la salud. A estos estándares se agregaron la Ley N.º 1751 del 2015 (Ley Orgánica de Salud) y el Plan Nacional de Desarrollo (Ley N.º 1753 del 2015).

<sup>120</sup> Estos datos corresponden al 2018 o año más cercano.

<sup>121</sup> Los departamentos son conjuntos de municipios que asumen las responsabilidades administrativas de los municipios más pequeños y supervisan a los municipios más grandes para que cumplan con sus funciones de manera óptima. Verifican y monitorean las condiciones de salud de la población y gestionan de manera adecuada los recursos financieros asignados.

es el MS Colombia, que es el encargado de emitir las normas y los reglamentos técnicos que controlan la gestión, la organización y el seguimiento del sistema de salud, relacionados con las finanzas y relaciones entre las diferentes entidades.

A nivel subnacional, los departamentos, distritos y municipios son responsables de las actividades de promoción de la salud; seguimiento de las acciones de interés de salud pública; financiamiento de las actividades de salud colectiva; seguimiento, control y fiscalización del plan de servicios de salud; y garantía de calidad en la provisión de estos.

Las administradoras de riesgos laborales son un conjunto de empresas públicas y privadas, como parte del sistema general de riesgos laborales, que se encargan de cubrir los gastos generados por accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales (146). Al mes de agosto del 2019, las administradoras de riesgos laborales privadas concentran 51% de las empresas afiliadas que, a su vez, agrupan 76,35% de las personas asalariadas. El resto se concentra en la administradora de riesgo laboral (147).

El sistema general de riesgos laborales se basa en la obligación del empleador de afiliar a todo su personal a las administradoras de riesgos laborales, las cuales son entidades encargadas de asesorar y brindar asistencia técnica al empleador para el desarrollo de programas de prevención, brindar atención médica y rehabilitación al personal asalariado que se lesiona o enferma por causas de su trabajo y pagarle las indemnizaciones que correspondan.

### 3.1.2. Recursos humanos para la salud

La dinámica de los RHS es el resultado de una red compleja de relaciones entre diversos actores y siste-

mas o mercados (seguros y prestación de servicios, educación, farmacéutica, tecnología y proveedores de insumos médicos, entre otros). El reconocimiento y el entendimiento de las relaciones dinámicas e interdependientes de los mercados y sus agentes es fundamental para trazar las líneas de política y estrategias de RHS en un sistema de salud segmentado y descentralizado como el colombiano (148).

La atención de salud se brinda a través de profesionales que trabajan por cuenta propia y las IPS (proveedores públicos, privados y mixtos). La mayoría de RHS trabaja en las IPS con varios tipos de contratos. Los servicios de salud pública se organizan de acuerdo con el esquema de descentralización territorial del país: existen IPS públicas a nivel nacional, departamental, distrital y municipal. Por tanto, la interacción entre la oferta y la demanda de personal de la salud responde a la dinámica específica de cada territorio y a los criterios de cada IPS.

En Colombia, el total de personal de salud registrado fue de 666 727 personas en 2017.<sup>122</sup> En general, los RHS del país son jóvenes: 47,9% del talento humano disponible estimado corresponde a personas menores de 35 años, mientras que 14,1% corresponde a personas mayores de 49 años (148). El personal de salud también se caracteriza por un mayor porcentaje de mujeres: se observa mayor proporción de mujeres en todas las profesiones y ocupaciones de la salud (excepto medicina), que es más alta en el nivel auxiliar. Se observan porcentajes similares en profesionales de enfermería: en el 2018, 89% eran mujeres, 46% tenían menos de 35 años y 55% tenían formación en el extranjero (6).

Para el 2018, el país muestra una densidad de personal médico de 21,8 por cada 10 000 habitantes



<sup>122</sup> Dato más actualizado del Observatorio de Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Para más información, véase: Observatorio de Talento Humano en Salud de Colombia. Indicadores básicos. Bogotá: Ministerio de Salud. Disponible en <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Indicadores.aspx>.

y una densidad de profesionales en enfermería de 13,3 por cada 10 000 habitantes (más información en el cuadro A3.4 del anexo 3). La densidad de personal médico de Colombia es mayor que la densidad de ALC (20 por cada 10 000 habitantes) pero menor en comparación con la densidad de personal médico en los países de la OCDE (35 cada 10 000 habitantes en 36 países) (cuadro 22). En términos de profesionales de enfermería, Colombia se encuentra por debajo tanto del ALC (28,1 por cada 10 000 habitantes) como de los países de la OCDE (88,4 por 10 000 habitantes). Estos datos revelan una escasez de RHS.

Los datos de la densidad de personal médico y de enfermería (35,1 por cada 10 000 habitantes) muestran niveles de densidad por debajo del umbral crítico recomendado de 44,5 por cada 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 (149). Aunque el umbral crítico de 44,5 profesionales calificados por cada 10.000 habitantes no representa un objetivo de planificación para

los países, se utilizó como un umbral aproximado de los requisitos mínimos para la disponibilidad de personal de salud.

Además, se pueden observar diferencias en la densidad del personal de salud entre regiones dentro de Colombia. La distribución desigual del personal de salud en todo el país, junto con la escasez de RHS a nivel nacional fueron factores importantes al diseñar la respuesta de política a la COVID-19.

Colombia cuenta con 170 camas hospitalarias por cada 100 000 habitantes (datos del 2017) (150), cifra superior al promedio del grupo de países de ingresos medios-altos de la subregión andina (166 camas hospitalarias por cada 100 000 habitantes) (150). El número de UCI registradas en Colombia es de 10,5 por cada 100 000 habitantes (datos del 2017) (150) lo que se acerca al promedio subregional del grupo de países de ingresos medios-altos (10,24 por cada 100 000 habitantes). Sin embargo, Colombia tiene menos camas en UCI en comparación con la OCDE (12 camas por cada 100 000 habitantes en 12 países) (150).



**Cuadro 22.** Comparación de la densidad de personal médicos y de enfermería por cada 10 000 habitantes en Colombia, en América Latina y el Caribe y en el continente americano

Ámbito geográfico	Personal médico <sup>a</sup>	Personal de enfermería <sup>d</sup>
Colombia	21,8 <sup>b</sup>	13,9 <sup>e</sup>
América Latina y el Caribe (33 países)	29,8 <sup>c</sup>	42,4 <sup>c</sup>
América (35 países)	28,3 <sup>c</sup>	82,7 <sup>c</sup>

**Notas:**

**a** Incluye al personal médico general y especializado, de todos los niveles de atención.

**b** Estos corresponden al 2018. Para más información, véase: Organización Mundial de la Salud. Portal de datos de las Cuentas Nacionales del Personal de Salud de la OMS: Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/nhwportal/>. Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, esta cifra era de 20,1 al 2017. Para más información, véase: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Observatorio de Talento Humano en Salud. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Indicadores.aspx>.

**c** Estos corresponden al 2018. Para más información, véase: Organización Mundial de la Salud. Portal de datos de las Cuentas Nacionales del Personal de Salud de la OMS: Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/nhwportal/>.

**d** Incluye a Profesional de enfermería, asociados de enfermería y personal de enfermería sin definir, donde se encuentra disponible.

**e** Estos corresponden al 2018. Para más información, véase: Organización Mundial de la Salud. Portal de datos de las Cuentas Nacionales del Personal de Salud de la OMS: Ginebra: OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/nhwportal/>. Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, esta cifra era de 12,6 al 2017. Para más información, véase: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Observatorio de Talento Humano en Salud. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Indicadores.aspx>.

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

En Colombia, el primer caso de COVID-19 en la población se detectó el 6 de marzo del 2020. Como medida preventiva, el 10 de marzo se introdujeron restricciones de ingreso al país mediante la Resolución N.º 380 (151). Con nueve casos importados, el MS Colombia declaró el estado de emergencia sanitaria nacional el 12 de marzo del 2020, por medio de la Resolución N.º 385 (153). El Decreto Presidencial N.º 417 del 17 de marzo del 2020 declaró el estado de emergencia nacional. Esta es una primera pauta para la respuesta de política que incluye un aumento de 10% en la capacidad de atención en UCI, la posible determinación de áreas de aislamiento para casos confirmados y la introducción de adquisiciones directas como forma preferida de contratación, entre otras disposiciones.

Entre el 6 de marzo y el 10 de diciembre del 2020, se notificaron un total de 21 832 casos confirmados de COVID-19 entre el personal de salud, incluidos 103 fallecimientos. Al 10 de diciembre del 2020, la tasa de infección del personal de salud era de 3,27% de la fuerza laboral total de salud (21 832 personas con infección de un total de 666 727) (10), con una tasa de mortalidad del personal de salud de 0,47% de los casos confirmados entre el personal de salud (103 personas fallecidas de un total de 21 832 personas infectadas) (10, 153). Al 24 de abril del 2020, la tasa de infección del personal de salud como proporción de casos confirmados en

la población total fue de 7,7% (para más información, véase el cuadro A3.1 del anexo 3) y disminuyó a 1,56% en diciembre de ese año. De manera similar, la tasa de letalidad del personal de salud como proporción del total de casos confirmados en la población general ha disminuido a 0,27% en comparación con 2,1% al inicio de la emergencia sanitaria (para más información, véase el cuadro A3.2 en el anexo 3).

Por otra parte, más de 60% de los casos confirmados entre el personal de salud se distribuyen en tres regiones del país: Antioquia (31%), Valle del Cauca (17%) y Bogotá D.C. (13%).

Del total de casos confirmados de COVID-19 entre el personal de salud, 62% adquirió la infección luego de la exposición asociada con la prestación de servicios de atención médica, 19% después de la exposición en la comunidad, 3% fue importado y en 16% no fue posible establecer el nexo epidemiológico (cuadro 23). Además, la fuente de transmisión varía según el grupo ocupacional. En el cuadro A3.3 del anexo 3 se muestra un ejemplo de tasa de infección por el personal de salud por tipo de transmisión en 13 grupos ocupacionales seleccionados. Más de 70% del personal médico, personal auxiliar enfermería, profesionales de enfermería y otros grupos ocupacionales directamente involucrados en la atención de pacientes con COVID-19, como quienes se dedican a terapia respiratoria, adquirieron infecciones después de la exposición asociada con el lugar de trabajo. Por el contrario, el personal de salud de disciplinas como la psicología o la química-farmacéutica muestran

**Cuadro 23.** Distribución de casos en los recursos humanos para la salud en Colombia por fuente de transmisión

Clasificación de transmisión	Número de casos confirmados	Porcentaje
Asociado al lugar de trabajo	13 533	62
Aglomerado comunitario	4141	19
Importado	49	3
No determinado	3374	16
<b>Total</b>	<b>21 832</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Instituto Nacional de Salud. Boletín N.º 56/2020, del 10 de diciembre. COVID-19 en personal de salud en Colombia. Bogotá: INS; 2020. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-personal-salud.aspx>. Datos al 10 de diciembre del 2020.

una mayor tasa de infección de transmisión comunitaria en comparación con la infección adquirida en el lugar de trabajo.

Las tasas de infección por el SARS-CoV-2 varía entre las diferentes categorías ocupacionales del personal de salud. Alrededor de **69% del total de casos confirmados de COVID-19** en el personal de salud se concentra en cuatro grupos ocupacionales (cuadro 24): **1) auxiliares de enfermería (32%), 2) personal médico (14%), 3) personal administrativo (13%), y 4) profesionales de enfermería (11%)**. En este caso, el personal de enfermería aparece como el cuarto grupo ocupacional con mayor número de casos confirmados de COVID-19. Sin embargo, cuando se observa el número de casos confirmados como proporción del total de RHS por categoría ocupacional se observa una distribución diferente. En particular, el grupo ocupacional de enfermería muestra la mayor tasa de infección ocupacional,<sup>123</sup> lo que significa que **3,8% del personal de enfermería** ha sido infectado con el SARS-CoV-2, seguido del

personal médico (2,9%) y del grupo de auxiliares de enfermería (2,7%). El análisis combinado de la distribución de casos confirmados en el personal de salud como proporción del total de casos confirmados de los RHS, y la proporción de casos por grupo ocupacional como proporción del total de personal disponible por grupo ocupacional es útil para entender cómo un aumento de los casos en los RHS puede afectar la disponibilidad de esas posiciones ocupacionales en la respuesta a la COVID-19. Por ejemplo, en el caso del personal de enfermería: 11% de los casos confirmados del total de RHS son profesionales de enfermería, pero cuando se observa el porcentaje de casos en este grupo como proporción del total disponible de dicho grupo ocupacional se observa que pasa a ser el primer grupo más afectado (3,8%). Esto se puede interpretar como una menor disponibilidad de profesionales de enfermería en comparación con otros grupos ocupacionales (es decir, personal médico o auxiliares de enfermería) de la fuerza laboral en salud.

**Cuadro 24.** Tasa de infección por grupo ocupacional en Colombia

Grupo ocupacional	Casos confirmados en RHS <sup>a</sup>	Distribución de casos confirmados (%) <sup>b, c</sup>	Tasa de infección dentro del grupo ocupacional (%) <sup>d</sup>
Personal auxiliar de enfermería	6880	32	2,7
Personal médico	2987	14	2,9
Personal administrativo	2878	13	
Profesionales de enfermería	2386	11	3,8
Otro personal de salud	6701	31	
<b>Total</b>	<b>21 832</b>	<b>100</b>	

RHS: recursos humanos para la salud.

**Notas:**

**a** Estos datos corresponden al 10 de diciembre del 2020. Para más información, véase: Instituto Nacional de Salud. Boletín N.º 56, 10 de diciembre del 2020. COVID-19 en personal de salud en Colombia. Bogotá: INS; 2020. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-personal-salud.aspx>.

**b** Número de casos confirmados por grupo ocupacional sobre el total de casos confirmados. Para más información, véase: Boletín N.º 56/2020, del 10 de diciembre. COVID-19 en personal de salud en Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2020. Disponible en <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-personal-salud.aspx>.

**c** No se incluyen el tipo de transmisión importada y no determinada. Se incluye el total de RHS por ocupación. Para más información, véase: Observatorio de Talento Humano en Salud de Colombia. Indicadores básicos. Bogotá: Ministerio de Salud. Disponible en <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalento-humano/Paginas/Indicadores.aspx>.

**d** La tasa de infección dentro del grupo ocupacional se calcula como la relación entre el número de casos confirmados por categoría ocupacional sobre el total de personal disponible por categoría ocupacional.

<sup>123</sup> La tasa de infección dentro del grupo ocupacional se estima como el número de casos confirmados por ocupación como porcentaje del total de personas de una ocupación determinada.

De manera congruente, en el cuadro A3.5 en el anexo 3 se muestra la distribución por grupo ocupacional en el último año disponible (2017) donde se observa que, del total del personal de salud notificado (666 727), el personal de enfermería registrado representa aproximadamente 9% de los RHS totales (62 184 personas), mientras que el personal auxiliar de enfermería (254 104 personas) y el personal médico (103 026 personas) representaron 38% y 15% del total de los RHS, respectivamente.

Las diferencias en la tasa de infección dentro del grupo ocupacional pueden estar relacionadas con la composición de los equipos organizacionales que responden a la COVID-19 dentro del establecimiento de salud, la edad y otros factores. Se necesitan más análisis que expliquen las causas de este comportamiento.

La falta de EPP, así como las condiciones de trabajo, fueron motivo de preocupación en los RHS en Colombia, de manera que entre abril y junio del 2020, periódicos nacionales informaron de movilizaciones de los trabajadores de salud por la falta de EPP y las condiciones de trabajo. Hubo movilizaciones específicas en ciudades, como el personal médico de un hospital de Apartadó (20 de abril del 2020), que reclamaba por falta de EPP proporcionados por las administradoras de riesgos laborales y falta de pago de salarios y falta de EPP proporcionados por las administradoras de riesgos laborales. El personal de salud del hospital San Vicente de Paul, en Santa Rosa de Cabal (Risaralda) informó falta de EPP y una formalización inadecuada de la contratación, dado que fueron contratados por terceros (154). Además, hubo movilizaciones organizadas por los sindicatos de trabajadores de la salud (21 de abril del 2020). La Confederación General del Trabajo notificó condiciones de trabajo inadecuadas relacionadas con turnos de larga duración, falta de estabilidad laboral y retraso en el pago de los salarios (155) (para más información, véase el cuadro A3.12 del anexo 3).

En junio del 2020 suceden movilizaciones en las que se denuncia la contratación de RHS por “tercerización laboral”, falta y retraso en los pagos de nómina (156). El Decreto Presidencial N.º 538 del 2020 (12), que hizo un llamado obligatorio a todo

el personal de salud, dio lugar a movilizaciones donde el personal de salud argumentó que el decreto no abordó la falta de EPP adecuado.

### 3.3. Respuesta de política

Los países tuvieron que afrontar la emergencia de salud por la COVID-19 con escasez de personal de salud en grupos ocupacionales clave o desequilibrios regionales dentro del país. Además, el aumento de la tasa infección en el personal de salud, el impacto de la COVID-19 en la salud mental y las condiciones laborales de los RHS afectan de manera negativa la disponibilidad de personal de salud, ya que sus miembros tuvieron que cumplir las medidas de aislamiento, enfermaron o murieron.

Entre marzo y agosto del 2020, los países han aplicado varias medidas para mantener o aumentar la fuerza laboral sanitaria para hacer frente a la emergencia de salud. Los reglamentos y las políticas de personal de salud tienen como objetivo facilitar la contratación y el despliegue de personal adicional y la redistribución del personal existente. Algunos de ellos incluyen crear vías de contratación más rápidas o permitir la contratación de profesionales independientes, que a menudo se basan en la legislación de emergencia; reorganizar turnos, introducir cambios de tareas y reasignar personal dentro de las instalaciones o entre regiones.

#### 3.3.1. Estrategia general de respuesta a la COVID-19

En Colombia se inició un seguimiento estrecho de las personas infectadas con el SARS-CoV-2 desde inicios de enero del 2020, para establecer el nivel de riesgo para el país. El 28 de febrero se establece que el país se encuentra en riesgo alto y se activa el puesto de mando unificado de la unidad de gestión nacional de riesgos de desastres de manera permanente.

El 4 de marzo del 2020, el MS Colombia presentó el Plan territorial para el control del coronavirus (157) y amplió el tamizaje a los viajeros procedentes de nueve países, fortaleció la capacidad de atención en IPS, incrementó en el corto plazo la capacidad

diagnóstica de cinco laboratorios en diferentes zonas del país e intensificó las comunicaciones de mensajes de prevención a la población.

El 12 de marzo del 2020, el MS Colombia declaró el Estado de Emergencia Sanitaria Nacional mediante la Resolución N.º 385 (152). La estrategia aplicada en Colombia para responder a la COVID-19 **priorizó el refuerzo del sistema hospitalario y de emergencia durante la primera ola de la pandemia entre marzo y junio del 2020**. Las disposiciones iniciales del Decreto Presidencial N.º 417 del 17 de marzo del 2020 (158) incluyeron estimaciones sobre el aumento de la capacidad de las UCI, también relacionadas con las necesidades de RHS.

La primera versión del *Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)* fue elaborada por el MS Colombia y adoptado mediante la Resolución N.º 536 del 31 de marzo del 2020 (159). Este plan contó con las funciones específicas que cada uno de los integrantes de la SGSSS desempeña en el sistema, bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud y el MS Colombia. Entre los objetivos trazados, esta versión del plan incluyó la ampliación de la capacidad instalada y la necesidad de garantizar la disponibilidad de personal de salud. El plan estimó cuatro marcos hipotéticos diferentes, según la evolución de la pandemia; para cada fase se indicó una estimación de la capacidad disponible y la capacidad requerida para pasar a la siguiente fase, con la posterior indicación en términos de personal de salud.

### 3.3.2. Mejorar la disponibilidad de los recursos humanos para la salud

#### 3.3.2.1. Detectar las necesidades de los recursos humanos para la salud para atender la COVID-19

A través de la Resolución N.º 779 del 20 de mayo del 2020 se formalizó la estrategia COVID-19 en términos de los pasos previos necesarios para incrementar la capacidad instalada y asegurar la disponibilidad de los RHS. En junio de ese año, el MS Colombia publicó la planificación esencial de personal de salud que se adoptó para aplicar la respuesta a la COVID-19 (37). En primer lugar, se establecieron los grupos ocupacionales priorizados para atender la COVID-19: personal médico especialista en medicina intensiva, medicina interna, anestesiología, cirugía general y medicina general, profesionales de terapia respiratoria, profesionales de enfermería, fisioterapeutas y auxiliares de enfermería. Se estimó que la disponibilidad de estos grupos ocupacionales priorizados era de 435 547 profesionales de la salud (véase el cuadro A3.6 en el anexo 3, que representa aproximadamente 57% del total de RHS<sup>124</sup>, estimado a partir de la información del 2019, sumando titulados y títulos validados en ese año y en el 2020, con un total de 767 492 profesionales de la salud para 2020.

Se estableció un 50% de la disponibilidad de los grupos ocupacionales para atender la COVID-19, y el resto del personal seguiría atendiendo a pacientes con otros problemas de salud. El total de personal de salud disponible por grupos ocupacionales seleccionados también se ajustó debido al aislamiento, la infección y el fallecimiento causados por el contagio con el SARS-CoV-2.

Por cada fase, se realizó una estimación del personal de salud requerido por grupo ocupacional, con base en la composición de los RHS por tipo de servicio de salud:

124 Calculado con base en una estimación preliminar de 767 492 de RHS para el 2020, según lo informado por el Ministerio de Salud en comentarios a los documentos preliminares.



- Por cada 10 camas de UCI hay un equipo de salud conformado por personal médico (un especialista y uno de medicina general), dos profesionales de enfermería, dos terapeutas y cinco Auxiliares de enfermería distribuidos en tres turnos en 24 horas.
- Por cada 10 camas de cuidados intermedios hay un equipo de salud conformado por personal médico (un especialista y un profesional de medicina general), un profesional de enfermería, dos Terapeutas y tres auxiliares de enfermería distribuidos en tres turnos en 24 horas.
- Por cada 20 camas de internación en sala general hay un equipo de salud conformado por personal médico (un especialista y un profesional de medicina general), un profesional de enfermería, un terapeuta y tres auxiliares de enfermería distribuidos en tres turnos en 24 horas.

Esto permitió detectar el requerimiento de RHS en cada una de las cuatro fases, por grupo ocupacional y por departamento:

- **Fase 1:** requerimiento de 45 667 profesionales de la salud de los grupos ocupacionales priorizados. No se detecta una escasez a nivel nacional pero sí escasez de especialistas en 12 departamentos.
- **Fase 2:** requerimiento de 58 890 profesionales de la salud de los grupos ocupacionales priorizados. Se detecta una escasez de 595 especialistas a nivel nacional en 27 departamentos, y escasez de terapeutas en nueve departamentos.
- **Fase 3:** requerimiento de 72 116 profesionales de la salud de los grupos ocupacionales priorizados. Se detecta una escasez de 2101 especialistas a nivel nacional en los 33 departamentos, y escasez de terapeutas en 18 departamentos.

- **Fase 4:** requerimiento de 85 345 profesionales de la salud de los grupos ocupacionales priorizados. Se detecta una escasez de 3608 especialistas a nivel nacional en los 33 departamentos, y escasez de terapeutas en 22 departamentos.

La escasez estimada que surgió a raíz de esta estimación pone de relieve la escasez de personal médico especializado en cuidados intensivos de adultos y pediátricos, medicina interna, anestesiología y cirugía general) en casi todas las fases y departamentos.

### 3.3.2.2. Medidas para mantener o aumentar los recursos humanos para la salud

El *Plan de Acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia de COVID-19* (22), presentado el 20 de mayo del 2020, **brindó orientación sobre la organización y el despliegue de RHS.** El personal de salud se organizó en: RHS para proporcionar telementoría, RHS para detección y alerta,<sup>125</sup> RHS en primera, segunda y tercera línea de respuesta y equipos multidisciplinarios (37). Los equipos multidisciplinarios se organizaron para evitar la discontinuidad de la prestación de servicios de salud (160).

En consecuencia, el país planificó las estrategias de expansión y reasignación de RHS. Se utilizaron siete estrategias para aumentar la capacidad en RHS: **1)** reasignación del personal de salud de otros servicios de salud hacia la atención relacionada con la COVID-19, **2)** contratación con los grupos ocupacionales priorizados, **3)** personas jubiladas de las fuerzas militares y la policía nacional, **4)** RHS en pensión (menores de 60 años), **5)** RHS del servicio social obligatorio con autorización transitoria, **6)** estudiantes del último año de programas de salud y **7)** aceleración de los procesos de convalidación por el Ministerio de Educación Nacional para ejercer la medicina a personal de salud que

<sup>125</sup> Se dispuso la presencia de RHS en lugares estratégicos del área de urgencias hospitalarias. Este personal de salud se encarga de dar seguimiento a las personas con síntomas respiratorios y brindar información. Suelen ser auxiliares de enfermería bajo la supervisión de un profesional de la salud.

ha estudiado en el exterior. A nivel comunitario, los municipios se encargaron de identificar personas y líderes comunitarios que puedan vincularse a los equipos multidisciplinares como gestores comunitarios de salud.

El **total de RHS reasignado fue de 78 300 personas (16% del total del RHS**, del sector público y del sector privado). Por categoría ocupacional, se reasignó 40% del personal de salud que no atiende pacientes, seguido de 22% de profesionales de enfermería, 12% de personal médico y 12% de auxiliares de enfermería (cuadro 25).

La distribución desigual de los RHS en todo el país planteó dificultades para encontrar personal en algunas regiones. Se aplicaron dos estrategias importantes que ayudaron a superar este desafío:

- El MS Colombia hizo convocatorias nacionales a RHS para encontrar los grupos ocupacionales adicionales priorizados en las regiones (cuadro 25). Este es un ejemplo de coordinación de actividades regionales y nacionales para encontrar y movilizar al personal de salud. Cada dirección departamental de salud e IPS realiza las acciones y esfuerzos necesarios para encontrar el personal de salud requerido; sin embargo, cuando no hay más opciones para encontrar los RHS, el MS Colombia anuncia una convocatoria nacional. Hasta octubre del 2020, el uso de este mecanismo ha sido útil para apoyar a las regiones en encontrar las necesidades de los RHS.

**Cuadro 25.** Disponibilidad de los recursos humanos para la salud para la atención relacionada con la enfermedad por el coronavirus del 2019 en Colombia

Estrategia	RHS
Reasignación de trabajadores sanitarios <sup>a</sup>	78 300 (16%)
Nuevas contrataciones <sup>b</sup>	Cuatro llamados de emergencia a los RHS
Personas jubiladas involucradas en la respuesta a la COVID-19	n.d.
Estudiantes del servicio social obligatorio <sup>c</sup>	2730
Estudiantes con graduación anticipada para aumentar la oferta laboral <sup>d</sup>	1523
Personal médico	1328
Especialistas	195
<b>Total<sup>e</sup></b>	<b>82 553</b>

COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; n.d.: datos no disponibles; RHS: recursos humanos para la salud.

**Notas:**

**a** Tipo de reasignaciones y medidas tomadas desde los servicios esenciales no relacionados con la COVID-19 para reforzar la respuesta a la pandemia de COVID-19.

**b** Por la Resolución N.º 628, los llamados se encuentran en el micrositio Convocatorias THS COVID-19. Para más información, véase: Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución N.º 628/2020, de 24 de abril-. Por la cual se definen los criterios, el procedimiento y las fases del llamado al talento humano en salud para reforzar o apoyar a los prestadores de servicios de salud durante la etapa de migración de la pandemia por Coronavirus Covid-19. Bogotá: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20628%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20628%20de%202020.pdf).

**c** Medicina (1200 plazas), enfermería (1300 plazas) y bacteriología (230 plazas). Para más información, véase: Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución n.º 778/2020, del 21 de mayo. Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Servicio Social Obligatorio en el marco de la emergencia sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19. Bogotá: Ministerio de salud; 2020. Disponible en [https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/resolucion\\_minsaludps\\_0778\\_2020.htm](https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/resolucion_minsaludps_0778_2020.htm).

**d** Primeros graduados, estas cifras no reflejan el reclutamiento. Para más información, véase: Ministerio de Salud de Colombia. Boletín de prensa Nn.º 527. Gobierno Nacional y Ascofame diseñaron curso multidisciplinario para manejo de pacientes COVID-19. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-Nacional-y-Ascofame-disenaron-curso-multidisciplinario-para-manejo-de-pacientes-covid-19--aspx>.

**e** Es la suma de a, c y d.

- Las regiones que estaban contratando RHS se vieron obligadas a ajustar los sueldos de estos grupos ocupacionales para obtener el personal necesario.

El Decreto Presidencial N.º 538 del 12 de abril del 2020 (12) convoca a todo el personal de salud disponible y capacitado, en particular a todos los RHS en ejercicio de su profesión o estudiando<sup>126</sup> para inscribirse en las diferentes etapas de la respuesta. Además, el decreto autorizó a las universidades a graduar de forma anticipada a los estudiantes de último año, de pregrado y posgrado de áreas y especialidades de la medicina. Según datos al mes de junio del 2020, aproximadamente 1523 personal médicos y especialistas se han graduado de manera anticipada para aumentar la oferta de personal de salud en diferentes regiones del país (22).

Por otra parte, el gobierno aumentó en 2730 el número de plazas del Servicio Social Obligatorio<sup>127</sup> para estudiantes de medicina (1200), enfermería (1300) y bacteriología (230) y por una duración de entre 6 y 12 meses. Estos RHS contaron con una licencia temporal y fueron asignados para apoyar a la población vulnerable o los servicios de salud en los establecimientos de salud que atendían población con diagnóstico confirmado de COVID-19.

Además de las estrategias mencionadas, Colombia recibió cooperación internacional para la respuesta a la COVID-19. Por ejemplo, a través de la cooperación con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo y la Cooperación Internacional (USAID, por su sigla en inglés), el país contrató 34 equipos formados tres profesionales (medicina, enfermería y asistente de enfermería) durante 6 meses y la contratación de tres personas por 3 meses para apoyar el equipo de la Dirección de Promoción y Prevención. De esta manera, fue posible brindar recomendaciones técnicas los territorios, las instituciones de salud y los RHS. Por otra parte, la ACNUR puso a disposición 45 profesionales de la salud en 16 departamentos del

país (véase el cuadro A3.7 sobre legislación que soporta las medias implementadas para mantener o aumentar los RHS).

Colombia estableció un incentivo temporal para el personal de salud con pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de COVID-19 durante la emergencia de salud. La población objetivo se estima en 247 504 personas (30), que corresponden a 37% del total de RHS, entre los cuales 239 800 profesionales de la salud de 190 grupos ocupacionales ya se han beneficiado del incentivo (161). Este es un incentivo único y su valor oscila entre 1 y 4,5 salarios mínimos mensuales legales vigentes, según el ingreso base utilizado para las contribuciones, el nivel académico y la evaluación del riesgo de estar expuesto al virus (véase el cuadro A3.8 sobre legislación que soporta los incentivos otorgados a los RHS).

### 3.3.3. Protección y apoyo a los recursos humanos para la salud

Los RHS conforman un grupo de alta vulnerabilidad a las infecciones y a experimentar alteraciones de salud mental, ya que están en la primera línea de atención en los servicios de salud. Esto requiere estrategias multidimensionales e integradas para abordar este problema de forma adecuada. En este apartado se muestran las actividades que ha hecho Colombia para abordar la protección y la seguridad del personal de salud.

#### 3.3.3.1. Seguridad y salud en el trabajo y prevención y control de infecciones

En Colombia, la protección y el apoyo a la fuerza laboral de salud fue uno de los objetivos del *Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19, Versión 1)* aplicado por la Resolución N.º 536 del 31 de marzo del 2020 (159). En el apartado Legislación relacionada con los recursos humanos para la salud en el anexo 3 se puede consultar un resumen de la legislación sobre PCI y seguridad y salud en el trabajo.

<sup>126</sup> Estudiantes (del último año de pregrado), egresados de programas de educación en áreas de salud y estudiantes de posgrado.

<sup>127</sup> En Colombia, el Servicio Social Obligatorio es requisito para obtener la habilitación del ejercicio profesional en las áreas de la salud.

Para asegurar los recursos adecuados para brindar disponibilidad y acceso a los EPP, Colombia adoptó una estrategia multicapa, con una participación directa del gobierno central y todas las administradoras de riesgos laborales. Previo a la formalización del plan de acción, el 25 de marzo del 2020 el gobierno central firmó un convenio precontractual para la adquisición de EPP con un costo de 5999 millones de pesos colombianos (COP) (equivalentes a US\$ 1 680 000). El 31 de marzo, el MS Colombia adoptó la Resolución N.º 500 del 31 de marzo del 2020 que establece que 7% de los recursos deben destinarse a la adquisición de EPP y las actividades de promoción y prevención que realizan las administradoras de riesgos laborales (162). Esta estrategia fue reforzada por el Decreto Presidencial N.º 538 del 12 de abril del 2020 (12), donde se designaron a las administradoras de riesgos laborales como responsables del financiamiento y entrega de EPP a sus afiliados, con los costos asociados reembolsados por el ADRES.

A través de este mismo decreto, se exceptuó al personal de salud con factores de riesgos específicos, tales como mujeres embarazadas, padres o madres encargados de niños pequeños, o cuidadores de personas mayores o discapacitadas, y personas portadoras de enfermedades crónicas.

En relación con las pruebas de detección viral y la vigilancia epidemiológica en los ámbitos nacionales o locales, la participación directa de las administradoras de riesgos laborales no se limitó a las actividades de prevención o promoción, sino que se extendió a la realización de pruebas de detección y diagnóstico. La importancia de las pruebas de detección al personal de salud en la contención y mitigación de la pandemia se destacó en la Guía GPSG04 del 31 de marzo del 2020 (164). Las recomendaciones contenidas en dicha guía fueron incluidas en la Resolución N.º 666 del 12 de abril del 2020 (165), en la que se definían con claridad las obligaciones del empleador o del contratante en términos de notificar a las EPS y a las administradoras de riesgos laborales; estas dos últimas, a su vez, debían proporcionar apoyo en

la detección, la evaluación de riesgos y la prevención. Por último, la Resolución N.º 779 del 20 de mayo del 2020 (36) estableció el acceso prioritario del personal de salud a las pruebas de detección y la atención en caso de exposición al SARS-CoV-2. Todos los costos derivados de estas actividades fueron asumidos por las administradoras de riesgos laborales, según lo establecido en el Decreto Presidencial N.º 676 del 19 de mayo del 2020 (40).

**Este decreto reconoció a la COVID-19 como una enfermedad laboral directa para el personal de salud**, estableció el papel de las IPS para garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud a través del financiamiento y cofinanciamiento de EPP. En el decreto **también se priorizó la realización de pruebas de detección al personal de salud cada 15 días**<sup>128</sup> según la evaluación de riesgo y se aclaró que sus costos serían asumidos por las administradoras de riesgos laborales. El reconocimiento de la COVID-19 como una enfermedad laboral directa implicó un reconocimiento de los factores de riesgo asociados al entorno laboral, sin necesidad de demostrar la relación causal entre estos y la enfermedad relacionada. Las disposiciones contenidas en el Decreto Presidencial N.º 676 del 19 de mayo del 2020 (40) aplicaron de manera directa el reglamento existente sobre el **reconocimiento de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales contenido** en la Ley N.º 1562 del año 2012 (165) y la Ley N.º 776 del año 2002 (166) que requería la demostración directa del vínculo entre la enfermedad y el factor de riesgo. Sin modificar el monto de los beneficios económicos reconocidos, con el beneficio temporal equivalente al 100% del salario base contributivo incluido ya en la disposición anterior, la inclusión de la COVID-19 como enfermedad directa promovió y mejoró el acceso a los procedimientos.

**La estrategia de PCI se complementó con capacitación en el uso y el acceso a EPP.** La Guía GPSG04 del 2020 (163) y la Guía GIPS20 del 2020 (167), adoptadas a finales de marzo del 2020, se diseñaron específicamente para garantizar la capacitación en PCI y medidas específicas sobre la COVID-19, incluido el uso apropiado de EPP.

<sup>128</sup> Incluye al personal de salud que se desempeña en el área de emergencias, hospitalización con pacientes con COVID-19, unidades de cuidado intensivo y unidades de cuidados intermedios.



Durante la emergencia de salud de la COVID-19, el personal de salud ha experimentado aumento de la carga de trabajo, escasez de suministros médicos y largas jornadas de trabajo en un ambiente cerrado y seco con iluminación artificial, entre otros. Estos factores causan ansiedad en los RHS y afectan su salud mental. El Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo elaboraron la Guía GPSG03 del 30 de marzo del 2020 **para administradoras de riesgos laborales y personal de salud para prevenir y mitigar problemas de salud mental** en el personal de salud que trabaja con pacientes con COVID-19 (168). La directriz contempla acciones para ser aplicadas por personas con responsabilidades de gerencia y liderazgo e incluía acciones tales como brindar información oportuna y adecuada sobre la evolución de la emergencia de salud, establecer medidas que permitan el traspaso de tareas entre funciones, con el consiguiente aumento del estrés en quienes tenían actividades menos estresantes y horarios flexibles, entre otras. Las recomendaciones también proporcionaron acciones a ser aplicadas por las administradoras de riesgos laborales en sus funciones preventivas y de apoyo. Es importante comprender en futuros estudios cuál fue el nivel de aplicación (para más información, véase el cuadro A3.9 en el anexo 3).

### 3.3.3.2. Capacitación

**Aproximadamente 20%**<sup>129</sup> **de los RHS priorizados para la mitigación y el control de la COVID-19 recibieron capacitación** en temas relacionados con la COVID-19 al mes de octubre del 2020 **El país identificó áreas para la capacitación del personal de salud** tales como el uso correcto de los EPP y la prevención y competencias en diferentes aspectos del manejo de pacientes con COVID-19. La capacitación estuvo a cargo de asociaciones científicas del sector de la salud, la academia, entidades del sector público como el MS Colombia y el Servicio Nacional de Aprendizaje y la OPS.<sup>130</sup> Las ventajas de este tipo de capacitación son la facilidad para dar seguimiento y consolidar información sobre certificados y grupos de RHS registrados, y la posibilidad de acceder a las capacitaciones de diferentes regiones del país. Sin embargo, también tiene desventajas, como el difícil acceso desde áreas geográficas donde hay poca conectividad y que la evaluación del estudiante se basa en exámenes escritos que no permiten medir su desempeño en su lugar de trabajo (más información sobre capacitación de los RHS en el cuadro A3.10).

<sup>129</sup> El personal de salud capacitado corresponde a 111 318 plazas. El porcentaje calculado (20%) es sobre la disponibilidad del personal de salud de los grupos ocupacionales priorizados (435 547 plazas).

<sup>130</sup> Los cursos se ofrecen en modo virtual y son gratuitos. En la página web del MS Colombia se pueden consultar los diferentes enlaces a las actividades de capacitación: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Formacion-Continua-del-THS.aspx>.

### 3.3.3.3. Vacunación

En Colombia, se priorizó al personal de salud en la primera y segunda etapa de vacunación. **Una de las dificultades para vacunar al personal de salud ha sido la identificación de los trabajadores de salud a través de la inscripción por parte de las IPS;** por ejemplo, a inicios del mes de febrero del 2021, 76% de las 426 IPS con UCI habían cargado la información de su talento humano en salud para ser vacunado (169).

El Plan Nacional de Vacunación para COVID-19 está dirigido a 70% de la población de 16 años en adelante, con excepción de las personas gestantes e inclusión de las personas migrantes regulares, con el propósito de contribuir con la inmunidad de rebaño.<sup>131</sup> El plan se construyó de manera participativa (87 organizaciones y 45 ciudadanos hicieron sus aportes, más 430 comentarios). Las gestiones realizadas para llegar a la población objetivo al mes de febrero del 2021 son las siguientes:

- 1. Mecanismo COVAX para el Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19:** 20 millones de dosis para 10 millones de personas.
- 2. Laboratorio Pfizer:** 10 millones de dosis adquiridas para 5 millones de personas.
- 3. Laboratorio AstraZeneca:** 10 millones de dosis para 5 millones de personas.
- 4. Laboratorio Janssen:** 9 millones de dosis para 9 millones de personas.
- 5. Laboratorio Moderna:** 10 millones de dosis para 5 millones de personas.
- 6. Laboratorio Sinovac:** 2,5 millones de dosis para 1 250 000 personas.

De esta manera, Colombia ha comprado 61,5 millones de dosis para 35 250 000 millones de personas.

El plan de vacunación se divide en dos fases. **El objetivo de la primera fase de vacunación es reducir la mortalidad relacionada con la**

**COVID-19, reducir la incidencia de casos graves y proteger a los RHS.** Se clasificó al personal de salud en la primera, segunda y tercera líneas de prestación de servicios de salud, incluido el personal de apoyo logístico. La primera se divide en tres etapas:

- **Etapa 1:** primera línea de personal de salud; es decir, quienes que trabajan de forma directa con pacientes con COVID-19, dada la alta exposición y el nivel de infección, y con personas mayores de 80 años. La estimación es 1 691 366 personas.
- **Etapa 2:** población entre 60 y 79 años y segunda y tercera línea de personal de salud. Este grupo comprende 7 192 701 personas.
- **Etapa 3:** población de 16 a 59 años con comorbilidades y docentes de educación preescolar, básica primaria, básica secundaria y media. No se definió el número de personas a vacunar.

Como objetivo de la segunda fase, se plantea la reducción del contagio en la población general para lograr la inmunidad del rebaño, para lo cual se divide en dos etapas:

- **Etapa 4:** personas con tareas de cuidado en instituciones, población en ocupaciones y sitios de alto riesgo y población en riesgo de brotes. Incluye 4 910 000 personas.
- **Etapa 5:** población entre 16 y 59 años sin comorbilidades, se comienza por el segmento de 50 a 59 años y se vacuna sucesivamente hasta llegar al segmento de 16 a 19 años. Este grupo incluye aproximadamente 17,5 millones de personas.

Es labor de la EPS establecer la etapa en la que se encuentra y comunicarse con la persona para concertar una cita; sin embargo, para informar a la población, el MS Colombia ha diseñado el aplicativo Mi Vacuna COVID-19, que cuenta con tres

131 Al menos a 35 734 649 de los 51 049 498 habitantes proyectados para Colombia durante el año 2021. Para más información, véase: Ministerio de Salud de Colombia. Boletín de Prensa N.º 294. IPS deben fortalecer su red de vacunación. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2021. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/IPS-deben-fortalecer-su-red-de-vacunacion.aspx>.

componentes que tienen las siguientes funcionalidades (170):

1. "Me informo": consultar sobre el plan nacional de vacunación contra la COVID-19, los criterios de priorización y el consentimiento informado.
2. "Me consulto": buscar en qué etapa de priorización de la vacunación se encuentra.
3. "Me postulo": postularse e ingresar datos adicionales y determinando el criterio correspondiente, en caso de no estar de acuerdo con la etapa en que está.

### Capacitar a los RHS para vacunar

El MS Colombia planteó tácticas de vacunación de acuerdo con las características particulares de cada territorio y la población priorizada; por otra parte, **determinó el rendimiento del vacunador en cada día por estrategia de vacunación:**

- **Institucional, a través de citas programadas:**  $\geq 42$  dosis/7 horas.
- **Extramural urbano:**  $\geq 18$  dosis/7 horas.
- **Extramural disperso:**  $\geq 12$  dosis/7 horas.

El país tiene una capacidad instalada, a febrero del 2021, para aplicar 100 mil vacunas diarias con 7 mil vacunadores. **La meta es lograr 200 000 vacunas diarias y tener 70 000 vacunadores** (47), para lo cual se capacitará personal de salud adicional y los departamentos y distritos deberán adelantar los procesos de contratación del talento humano en salud necesarios (171).

Para **el despliegue se inició la capacitación al personal de salud desde el 10 de enero del 2021** a través de un curso de capacitación virtual de 48 horas guiado por instructores del Servicio Nacional de Aprendizaje (172). Al 14 de enero del 2021 se registraron más de 71 000 RHS para la capacitación distribuidos en diferentes ocupacionales (auxiliar de enfermería, profesional de enfermería, personal médico y de odontología, auxiliar de salud pública

y de bacteriología (173). Una segunda convocatoria se abrió el 4 de febrero del 2021 (174). Por otro lado, la Universidad Nacional de Colombia, a través de la Facultad de Enfermería, capacitará a 6000 profesionales de enfermería de diferentes regiones a partir de la tercera semana de febrero mediante un curso virtual de 48 horas en modalidad asincrónica.<sup>132</sup>

El 20 de febrero del 2021 se inició la aplicación del plan de vacunación; al 1 de marzo del 2021 se aplicaron 149 133 dosis (175).

### 3.3.4. Financiamiento

El sistema de salud en Colombia está descentralizado en los niveles administrativos (municipios, departamentos y regiones). Las IPS son las principales instituciones que brindan servicios de salud a la población, y también son las principales interesadas en la aplicación de políticas de reclutamiento, salarios e incentivos del personal de salud, la aplicación de procedimientos de seguridad e IPC y la administración de instalaciones. Si bien son las instituciones en las que coinciden la oferta y la demanda de salud, las IPS son contratadas por las EPS, cuya función es asegurar a la población. La Superintendencia Nacional de Salud define qué organizaciones pueden calificar como EPS de acuerdo con determinados requisitos, que incluyen la infraestructura, la capital, el número de usuarios, la funcionalidad y la cobertura, y realiza una actividad de vigilancia. El recaudo pagado por los afiliados a las EPS se traspasa a un fondo denominado Solidaridad y garantía, ahora denominado Administrador de los recursos del sistema general de seguridad social en salud, ADRES. Este fondo devuelve a la EPS la cantidad de dinero equivalente a la contribución de cada persona, en conjunto, ajustada por riesgo y de acuerdo con el número de miembros actuales.<sup>133</sup>

Parte de las medidas financieras de la respuesta de política a la COVID-19 fueron abordar la relación entre las EPS y las IPS, sobre todo porque los recursos financieros de las IPS están mediados por

<sup>132</sup> Para más información, véase: Semana. Vacunación: así avanza la capacitación del personal médico en Colombia. Semana; 18 de febrero del 2021. Disponible en <https://www.semana.com/educacion/articulo/vacunacion-asi-avanza-la-capacitacion-del-personal-medico-en-colombia/202132/>.

<sup>133</sup> Este mecanismo otorga subsidios cruzados entre las EPS.

la política y las condiciones de financiamiento de las EPS. El objetivo es evitar la interrupción de la prestación de servicios de salud a la población, asegurar que el sector privado de la salud se comprometa con las obligaciones anteriores con sus afiliados, al tiempo que realice los pasos necesarios para enfrentar la pandemia de COVID-19, un aporte coordinado e integrado que involucre a instituciones públicas y privadas, y la aplicación de un mecanismo de financiamiento estable entre EPS e IPS.

El primer paso en esta dirección no fue la reasignación del presupuesto de salud de otros servicios, sino un aumento en la disponibilidad de recursos, dirigido a fortalecer la respuesta del sistema de salud. El Fondo de Emergencia fue establecido en el Decreto Presidencial N.º 417 del 17 de marzo del 2020 (158), con el propósito especial de mitigar el impacto de la COVID-19 en la economía general, brindar protección social a las personas más vulnerables y proporcionar recursos para hacer frente a la emergencia de salud. El 21 de marzo del 2020, mediante el Decreto Presidencial N.º 444 (176), se constituyó el fondo de emergencia como fondo adscrito al Ministerio de Hacienda y Crédito Público creado principalmente con recursos disponibles del Fondo de Ahorro y Estabilización y el Fondo de Pensiones Territoriales.

El MS Colombia aplicó, a través del ADRES, la Resolución N.º 535 del 31 de marzo del 2020 (177), que se permite integrar las fuentes de financiamiento<sup>134</sup> que tienen a su disposición para realizar las contrataciones con las IPS requeridas, para inyectar liquidez directa en el sistema de salud. La Resolución N.º 618 implementada el 17 de abril del 2020 (178) amplió la inclusión de servicios de salud no contemplados antes en el reembolso de capitación, y se aprobaron con un costo de COP 2170 millones (equivalentes a US\$ 756 000).<sup>135</sup>



Asimismo, se estipuló el mecanismo de compra de cartera de las EPS con las IPS, de manera que el ADRES asume el pago de deudas de las EPS con hospitales, pero luego las EPS quedan comprometidas a devolver estos recursos (171). El 7 de mayo del 2020, mediante la Resolución N.º 731 (179), se abordó la contratación directa entre las EPS y los IPS. En el caso de un plan fijo, se requirió que las EPS mantuvieran los pagos a los IPS, mientras que, en el caso del plan variable, se requirió que las EPS realizaran un pago anticipado de 20% a las IPS,

134 Desde la formulación del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, se estableció que los servicios que no estaban cubiertos mediante la Unidad de pago de capitación podían ser financiados mediante los recursos provenientes del techo o presupuesto máximo que transfiere el Administrador de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de garantizar la atención integral al paciente, aunque considerando la fuente de financiamiento para el pago. A través de la Resolución N.º 535 del 31 de marzo del 2020, se permite el financiamiento de manera integral con los recursos disponibles. Para más información, véase: Resolución 535/2020, del 31 de marzo. Por la cual se establecen las condiciones para el manejo integrado de los recursos de la unidad de pago por capitación y los presupuestos máximos a cargo de las entidades promotoras de salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20535%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20535%20de%202020.pdf).

135 El costo futuro estimado de ampliar y simplificar el requisito de inclusión reembolsado por la Unidad de pago de capacitación fue de aproximadamente COP 4700-5200 millones (equivalentes a US\$1 316 000-1 456 000).



para garantizar que estas tengan un flujo estable de recursos (véase el cuadro A3.11 en el anexo 3 sobre la legislación que soporta las medias de financiación implementadas).

La elaboración y la aplicación del esquema de estrategias de financiamiento ha contribuido a brindar los recursos necesarios para financiar los servicios médicos, el personal de salud y suministros requeridos por los afiliados del sector privado.<sup>136</sup>

Resulta difícil cuantificar en esta etapa el efecto directo de esta estrategia de financiamiento en términos de reclutamiento, condiciones de trabajo y compensaciones, ya que el sistema de salud colombiano es descentralizado y articulado. Se requiere, por lo tanto, más investigación. Sin embargo, la estrategia de financiamiento destaca la contribución en términos de apoyo a la seguridad y protección del personal de salud a través de la adquisición directa de EPP, reembolso total a administradoras de riesgos laborales por adquisición y distribución de EPP y reconocimiento de incentivos. De hecho, el 25 de marzo del 2020, el Gobierno Nacional firmó un convenio precontractual para la adquisición de EPP con un costo de COP 5999 millones (equivalentes a US\$ 1 680 000). El 8 de abril del 2020 se inició la distribución efectiva de los EPP adquiridos por el Gobierno Nacional y distribuidos sobre todo a los RHS que trabajan para las administradoras del régimen subsidiado. A través del Decreto Presidencial N.º 538 del 12 de abril del 2020 (12), el ADRES reembolsa el financiamiento de las administradoras de riesgos laborales y la entrega de EPP a sus afiliados. El 6 de octubre del 2020 se formalizó el reconocimiento económico transitorio a los RHS, y el ADRES se encarga de las transferencias de fondos con recursos disponibles por una suma de COP 452 777 millones (equivalentes a US\$ 126 777).

A medida que se desarrollaba la pandemia de COVID-19, el diálogo y la colaboración continuos entre el gobierno y las organizaciones que repre-

sentan a la fuerza laboral de la salud ha llevado al gobierno a abordar las preocupaciones sobre los EPP y el personal de salud. El MS Colombia ha desembolsado los pagos atrasados de nómina al menos en algunas regiones críticas; por ejemplo, en Santander se desembolsaron COP 9000 millones (equivalentes a US\$ 2 520 000) en equipos de protección personal y se repartieron COP 9400 millones (equivalentes a US\$ 2 632 000) en el bono para el personal de salud. Además, se destinaron COP 31 200 millones (equivalentes a US\$ 8 736 000) para el pago de nómina (180). En Antioquia se destinaron COP 20 941 millones (equivalentes a US\$ 5 863 000) para bonificaciones al talento humano en salud que cubren a 13 000 personas y se han transferido COP 79 000 millones (equivalentes a US\$ 22 120 000) para cumplir con obligaciones en mora de las empresas sociales del estado prestadoras de servicios de salud al talento humano en salud (181).

### 3.4. Conclusiones y desafíos

La clave para monitorear el impacto de la COVID-19 y reaccionar con celeridad para preparar mejor al personal de salud incluye la detección de los siguientes elementos:

- Datos por recopilar para evaluar la situación inicial.
- Problemas que afectan al personal de salud.
- Competencias y capacitación necesarias.
- Regulaciones y políticas del personal de salud que permitan facilitar la contratación y el despliegue de personal adicional y la redistribución del personal existente.

En el cuadro 26 se resumen las estrategias utilizadas en Colombia para responder a la pandemia de COVID-19 mediante el abordaje de los problemas de personal de salud.

<sup>136</sup> Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio, recibida el 14 de octubre del 2020.

**Cuadro 26.** Estrategias y mecanismos para abordar aspectos relacionados con los recursos humanos para la salud para responder a la pandemia de COVID-19 en Colombia

Estrategias	Mecanismo de implementación
<b>Pilar 1. Preparación para dar respuesta inicial a la emergencia de salud</b>	
<b>Estimación de necesidades de RHS para la respuesta inicial a la COVID-19</b>	<p>La planificación de los RHS con la que ya contaba el país fue útil para detectar las categorías ocupacionales necesarias y el suministro de personal de salud (con base en supuestos específicos relacionados con la emergencia de salud). Esta estrategia también está coordinada con el Ministerio de Educación Nacional y sirvió para generar procesos puntuales de capacitación.</p> <p>Datos sobre casos confirmados de COVID-19 entre los RHS.</p>
<b>Pilar 2. Fortalecimiento de los RHS para aumentar la capacidad de respuesta del sistema de salud</b>	
<b>Aumento de la disponibilidad de RHS para la atención a los casos con diagnóstico presuntivo, probable o confirmado de COVID-19</b>	<p>El plan de acción ayudó a organizar las diferentes estrategias de reclutamiento y reasignación de los RHS que contribuyan a minimizar el déficit potencial de RHS necesarios para responder a la emergencia de salud.</p> <p>Se utilizaron ocho estrategias para aumentar la capacidad en RHS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reasignación del personal de salud (16% del total de RHS).</li> <li>2. Contratación con los grupos ocupacionales priorizados.</li> <li>3. Personas jubiladas de las fuerzas militares y policía nacional.</li> <li>4. RHS pensionados.</li> <li>5. RHS del servicio social obligatorio con autorización transitoria.</li> <li>6. Estudiantes del último año de programas de salud.</li> <li>7. Aceleración de los procesos de convalidación por el Ministerio de Educación Nacional.</li> <li>8. Cooperación internacional: el país contrató 105 profesionales de la salud por medio de la USAID y 45 por medio de ACNUR.</li> </ol> <p>Las regiones, que contratan a los RHS, debieron ajustar los sueldos y tarifas de los grupos ocupacionales priorizados para obtener los recursos necesarios. Se realizaron actividades de coordinación regional y nacional para movilizar al personal de salud a través de convocatorias del MS Colombia a nivel nacional.</p>
<b>Definir nuevas competencias para los RHS para la prevención y tratamiento de la COVID-19</b>	<p>Fortalecimiento de la capacitación en nuevas competencias para RHS en COVID-19 (aproximadamente 20% de los RHS priorizados para la mitigación y el control de COVID-19 han sido capacitados en temas relacionados con la COVID-19).</p> <p>La telesalud y la telemedicina son opciones valiosas para mejorar el acceso a la atención de las personas y contribuir a la reducción de infecciones. Los actos administrativos emitidos aceleraron y facilitaron la apropiación.</p>
<b>Seguridad y salud en el trabajo</b>	<p>Recomendaciones para prevenir la exposición ocupacional a la COVID-19 en las instalaciones de salud, incluida la importancia de realizar pruebas de detección al personal de salud, acciones en caso de exposición, EPP y necesidad de capacitación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer la COVID-19 como una enfermedad laboral directa para el personal de salud.</li> <li>• Priorizar los RHS en el plan de vacunación.</li> </ul>

Pilar 3. Revisión y actualización de medidas	
Detectar acciones relacionadas con RHS	Consenso y coordinación de acciones con asociaciones científicas y gremios de salud.
Crear estímulos para el personal de salud	Incentivo transitorio para que el personal de salud trabaje con pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de COVID-19 durante la emergencia (la población objetivo es 230 000 RHS, de los cuales 61 288 personas ya recibieron el incentivo).

ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; EPP: equipos de protección personal; RHS: recursos humanos para la salud; USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

### 3.5. Tareas futuras

- Garantizar la disponibilidad de RHS para los servicios de hospitalización en UCI, cuidado intermedio y hospitalización de baja complejidad. Esto va acompañado por la estabilidad laboral y la seguridad social para el personal de salud en las diferentes IPS del país y mejora de las condiciones laborales y entrega de incentivos financieros.
  - Realizar acciones de capacitación continua con base en tres pilares: **1)** contenidos estandarizados para un aprendizaje rápido y fácil, **2)** una plataforma tecnológica que garantice la distribución en todo el territorio nacional (incluidas zonas rurales y dispersas), y **3)** el seguimiento.
  - Orientar sobre el uso de telesalud y telemedicina después de la pandemia, ya que son opciones valiosas para mejorar el acceso de la atención de las personas. Por lo tanto, es necesario documentar las experiencias y generar las evidencias para que los avances que se dieron en la pandemia se conviertan en recursos permanentes.
  - Fortalecer los modelos de atención ambulatoria para todas las situaciones, no solo para la atención relacionada con la COVID-19, con actividades de telesalud, telemedicina y atención domiciliaria, entre otras, ejecutadas por RHS organizados en equipos multidisciplinarios.
- Se deben tener en cuenta sus beneficios de cara a la descongestión de los servicios de consulta externa y urgencias, la racionalización de los costos y el impacto en la calidad y la oportunidad de la atención y la calidad de vida de las personas atendidas.
- Proveer información actualizada sobre la comunicación y la capacitación de riesgos.
  - Racionalizar el uso de los servicios de salud por parte de los usuarios del sistema.
  - Aplicar en todo el territorio nacional de la política de atención integral en salud y el modelo integral de atención a la salud mediante el uso de las rutas integrales de atención a la salud.
  - Hacer seguimiento a la ejecución de los recursos transferidos en el marco de la asignación para el fortalecimiento de la oferta pública a nivel nacional.
  - Lograr un nivel técnico óptimo de los territorios, con el fin de que la implementación de las recomendaciones y directrices se realice en tiempo y forma para la cobertura territorial. Si hay atrasos en la contratación, falta de ejecución de los recursos y redes de prestación inexistentes a nivel local, no es posible aplicar las estrategias y hacer el seguimiento.

## 4. Ecuador

### Puntos clave

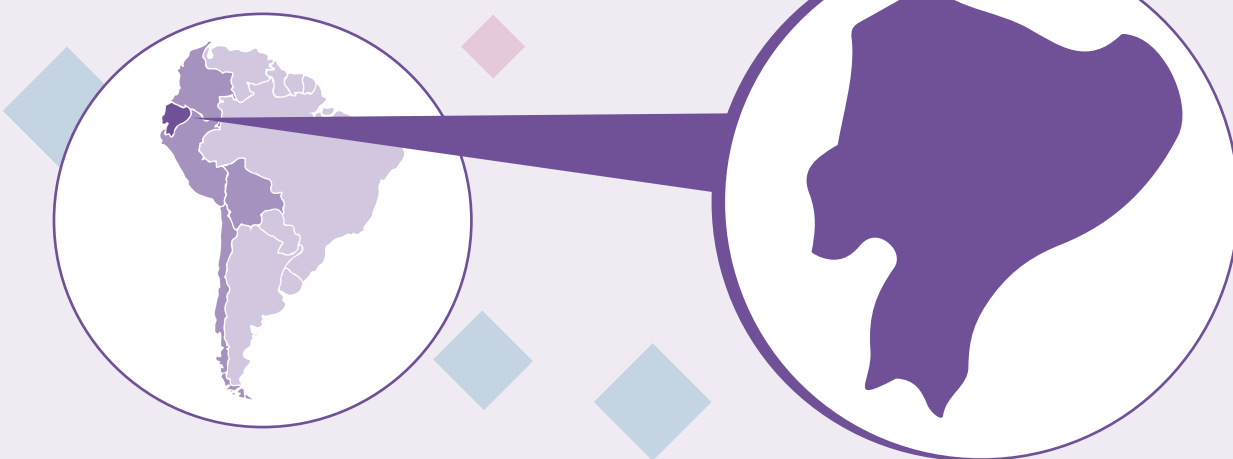
- Los casos confirmados del personal de salud como proporción del total de RHS fue de 12,2%, con una tasa de mortalidad de 1,02% (al mes de marzo del 2021). De los casos confirmados de COVID-19, 88,5% se concentra en tres grupos ocupacionales de los que se tiene información, y son el personal médico (48,7%), profesionales de enfermería (23,8%) y auxiliares de enfermería (15,7%). El personal profesional del área de psicología tiene la mayor tasa de infección dentro del grupo ocupacional con 31,5% y el personal profesional del área de odontología está en tercer lugar con 12,4%, teniendo en cuenta que dentro de sus labores no atiende pacientes contagiados con el SARS-CoV-2, este resultado requiere mayor estudio. Entre el personal médico, se observó 14% de casos confirmados de COVID-19, seguido por profesionales en enfermería (11%) y auxiliares de enfermería (10,4%).
- El Ministerio de Salud Pública puso en marcha un proceso de optimización de los RHS de la institución, que consistía en reducir el personal administrativo para aumentar el personal asistencial.
- De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública, se tiene previsto contratar de 2850 profesionales adicionales.
- En los primeros meses de pandemia, se observó aumento del déficit de los RHS debido al contagio con la COVID-19 y la adopción del teletrabajo por pertenecer a grupos de riesgo (personas mayores y personas con enfermedades crónicas).
- Para aumentar la disponibilidad de los RHS, se usaron los siguientes mecanismos: **1)** contrataciones directas (3087 al mes de noviembre del 2020), **2)** reasignaciones (10 000 al mes de noviembre del 2020), **3)** apoyo de las Fuerzas Armadas (1523 al mes de noviembre del 2020), **4)** convenios de cooperación interinstitucional, y **5)** aumento de horas en turnos en primera ola para enfermería y auxiliar de enfermería (de 12 horas al día a 24 horas).
- A través del artículo 25 de la Ley Orgánica de Apoyo Humanitario se busca asegurar la estabilidad de RHS que hayan trabajado durante la emergencia de salud de la COVID-19 con un contrato ocasional o nombramiento provisional mediante el otorgamiento del nombramiento definitivo. La reglamentación de la ley limitó la acción de esta, de manera que no se ha podido cumplir en su totalidad, debido al alto costo que significa las contrataciones de profesionales de la salud para hacer frente a la pandemia.

- Al inicio de la pandemia, hubo escasez de EPP debido a la falta de proveedores de las mascarillas N95 y quirúrgicas.
- Se aplicaron medidas para mejorar las condiciones laborales y bienestar de los trabajadores de la salud, con la atención prioritaria de la salud mental a través de protocolos, guías y teleasistencia.
- Para cumplir con el plan de vacunación, se cuenta con 8000 miembros del personal de vacunación que reciben tienen capacitación continua y aplican 80 dosis diarias por unidad de vacunación.

En Ecuador sucedieron movilizaciones por la desvinculación de personal, la falta de pago, la indemnización por la muerte de personal médicos cabezas de hogar y la reglamentación de la Ley Orgánica de Apoyo Humanitario.

## Tareas futuras

- Disminuir el riesgo de contagio en los RHS.
- Estandarizar el tratamiento para pacientes con COVID-19 en los sectores público y privado.
- Adquisición de EPP a nivel desconcentrado.
- Reducir el déficit de talento humano, particularmente de especialistas en medicina crítica y terapia intensiva.



## 4.1. Contexto del país

En este apartado se presenta una breve descripción del sistema de salud del país y el análisis de la situación de los RHS antes de la pandemia de COVID-19.

### 4.1.1. Sistema de salud

El Ministerio de Salud Pública (MS Ecuador) ejerce la rectoría del sistema y, en especial, de las entidades prestadoras de servicios de salud a través de la regulación de estas por medio del otorgamiento de un permiso de funcionamiento que rige para las empresas de salud pública o privadas y las de medicina prepaga. Además, la Contraloría General del Estado se encarga de controlar los hospitales y unidades médicas en el ámbito del gasto público. Esta entidad examina y evalúa la gestión financiera, administrativa y operativa de las entidades donde el Estado tiene participación (182).

El sistema se encuentra dividido en dos subsistemas de salud, cada uno de ellos atiende a poblaciones específicas, tienen financiamiento y establecimientos de salud separados y con acceso y tipo de atención de carácter segregado:

**1. Sistema de salud público:** comprende al Ministerio de Salud Pública (MS Ecuador), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social que corresponden a: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y el Instituto de Seguridad

Social de la Policía Nacional. El MS Ecuador cubría alrededor de 51% de la población ecuatoriana para el año 2010 (183). El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada, que son quienes se desempeñan en el sector formal de la economía, incluido el sector campesino, las fuerzas armadas y la policía, que para cifras del 2014 cubría 46,7% de la población (184). Este subsistema recibe financiamiento de los impuestos generales (70%), de tipo subsidiario para la población sin cobertura de la seguridad social, y 30% por aportes a la seguridad social de trabajadores y empleadores.

**2. Privado:** comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepaga) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepaga cubren aproximadamente a 3,3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos (184). Además, existen cerca de 10 000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención.

En el cuadro 27 se observa que el sector público concentra gran cantidad de los establecimientos de salud del país.

El MS Ecuador se organiza a través de los establecimientos de salud (ES) básicos que se clasifican

**Cuadro 27.** Cantidad y distribución de los establecimientos de salud según el subsistema de salud en Ecuador

Subsistema	Establecimientos	Distribución (%)
Sector público	3321	79,7
Sector privado con fines de lucro	614	14,7
Sector privado sin fines de lucro	230	5,5
<b>Total</b>	<b>4165</b>	<b>100</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro estadístico de recursos y actividades de salud, 2018. Quito: INEC; 2020. Disponible en <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud-2018>. Datos al 2018.

dependiendo de su nivel de complejidad en A, B y C. Los ES de tipo A, cuentan solo con personal médico y profesional de enfermería; las de tipo B cuenta con atención en odontología, obstetricia, medicina general y pediatría; mientras que las de tipo C cuentan con maternidad, internación, laboratorio y rehabilitación.

Con el objetivo de fortalecer la APS, para el año 2012 se actualizó el modelo de atención integrada de salud (MAIS). Este modelo tiene un enfoque familiar, comunitario e intercultural, y su marco normativo garantiza el derecho a salud y la protección de la población.

#### 4.1.2. Recursos humanos para la salud

En el contexto del modelo de atención MAIS, la salud se convierte en uno de los pilares para el desarrollo humano sostenible en el Ecuador. Su enfoque sanitario está puesto en la promoción y prevención en salud. Este cambio significó la contratación de nuevos profesionales de salud. Para ello, en el año 2013 el MS Ecuador aplicó el Proyecto de formación, capacitación y certificación del talento humano en salud con el código único de proyecto (CUP) 123200000.0000.374537, articulado mediante el Convenio tripartito de cooperación interinstitucional N.º 20130605 suscrito el 23 de julio del 2013 entre el MS Ecuador, la Secretaría

de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación y el Instituto de fomento al talento humano para la aplicación del Programa de becas para fortalecimiento del talento humano en salud, que tiene por objeto el fortalecer el talento humano del MS Ecuador mediante la formación, capacitación y certificación de este con enfoque en el MAIS.

A través de este programa, el MS Ecuador ha adjudicado 4365 becas para la formación de especialistas y personal técnico de APS, con una inversión de US\$ 190 756 215,21 en recursos comprometidos. El ministerio ha transferido estos recursos de manera oportuna al Instituto de fomento al talento humano.

**Para el 2018 se contaba con una disponibilidad de 91 205 profesionales de salud**, concentrados sobre todo en el sector público (cuadro 28). Por otra parte, el personal médico representa 43,8% de los RHS disponibles (185).

Para el año 2018 existían 23,4 miembros del personal médico disponibles por cada 10 000 habitantes (185), por encima del promedio de ALC (20 por cada 10 000 habitantes), aunque muy lejos del promedio de los países de la OCDE (cuadro 29). Con respecto al personal de enfermería (profesionales y auxiliares), para el 2018 había 24,7 por cada 10 000 habitantes (185) muy cerca al promedio en ALC,

**Cuadro 28.** Composición de los recursos humanos para la salud por subsistema de salud en Ecuador

Grupo ocupacional	Sector público (%)	Sector privado (%)	Cantidad de RHS disponibles	Distribución por grupo ocupacional (%)
Personal médico	74,08	25,93	39 908	43,8
Profesionales de enfermería	83,60	16,40	24 751	27,1
Auxiliares de enfermería	67,63	32,37	17 350	19,0
Profesionales de obstetricia	90,27	9,73	2296	2,5
Profesionales de odontología	92,57	7,43	5318	5,8
Profesionales de psicología	83,10	16,90	1582	1,7
<b>Total</b>			<b>91 205</b>	<b>100,0</b>

RHS: recursos humanos para la salud

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro estadístico de recursos y actividades de salud, 2018. Quito: INEC; 2020. Disponible en [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Recursos\\_Actividades\\_de\\_Salud/RAS\\_2018/Principales\\_resultados\\_RAS\\_2018.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2018/Principales_resultados_RAS_2018.pdf). Datos al 2018.

pero de nuevo muy lejos del promedio de los países de la OCDE.

No obstante, para el año 2014, existía un déficit de profesionales especialistas y una distribución desigual entre las zonas urbanas (29 por cada 10 000 habitantes) y las rurales (5,4 especialistas por cada 10 000 habitantes) (186).

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

El día 29 de febrero del 2020 se confirma el primer caso de COVID-19 en el Ecuador. A través del Acuerdo Ministerial 00126-2020 del 11 de marzo, el MS Ecuador declara el estado de emergencia sanitaria y autoriza la contratación directa de bienes y servicios necesarios para superar la emergencia (187). Además, se activó el Comité nacional operativo de emergencias (COE) liderado por el vicepresidente de la República y las mesas técnicas para la respuesta a la pandemia y la coordinación con los gobiernos autónomos descentralizados (GAD). El 16 de marzo del 2020 se declaró el estado de ex-

cepción por calamidad pública en todo el territorio nacional por la pandemia de COVID-19 mediante el Decreto Ejecutivo N.º 1017 (188).

Entre el 29 de febrero del 2020 y el 2 de abril del 2021, se notificaron un total de 11 507 casos confirmados de COVID-19 entre el personal de salud, incluidas 116 muertes confirmadas y probables. La tasa de infección del personal de salud era de 12,6% de los RHS al 2 de abril del 2021 (11 507 casos confirmados de un total de 91 205 RHS) e incluía personal médico, profesionales y auxiliares de enfermería, profesionales de obstetricia, odontología y psicología (11, 185), con una tasa de mortalidad del personal de salud de 1,01% de los casos confirmados de los RHS (11).

Además, 58,1% de los casos confirmados entre los RHS se distribuyen en tres regiones del país: Guayas (24,3%), Pichincha (23,5%) y Manabí (10,3%).

De los casos confirmados de COVID-19, 85% se concentra en tres grupos ocupacionales que corresponden al personal médico (48,7%), profesionales de enfermería (23,8%) y auxiliares de enfermería (15,7%). De acuerdo con el MS Ecuador, se observó un debilitamiento de las acciones de

**Cuadro 29.** Densidad de personal médico y de enfermería por cada 10 000 habitantes en Ecuador

País	Médicos <sup>a</sup>	Personal de enfermería <sup>b</sup>
Ecuador	23,4 <sup>1</sup>	25,1 <sup>2c</sup>
América Latina y el Caribe (33 países)	29,8 <sup>2</sup>	42,4 <sup>2</sup>
América (35 países)	28,3 <sup>2</sup>	82,7 <sup>2</sup>

**Notas:**

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

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

c Incluye a profesionales y auxiliares de enfermería.

**Fuentes:**

1 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro estadístico de recursos y actividades de salud, 2018. Quito: INEC; 2020. Disponible en [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Recursos\\_Actividades\\_de\\_Salud/RAS\\_2018/Principales\\_resultados\\_RAS\\_2018.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2018/Principales_resultados_RAS_2018.pdf). Datos al 2018. (Según el Portal de datos de las cuentas nacionales del personal de salud de la OMS, esta cifra es de 22,2 al 2017. Para más información, véase: Organización Mundial de la Salud. Portal de datos de las cuentas nacionales del personal de salud de la OMS. Ginebra: OMS. Disponible en <https://apps.who.int/nhwportal/>).

2 Organización Mundial de la Salud. Portal de datos de las cuentas nacionales del personal de salud de la OMS. Ginebra: OMS. Disponible en <https://apps.who.int/nhwportal/>.

3 Organización Mundial de la Salud. Portal de datos de las cuentas nacionales del personal de salud de la OMS. Ginebra: OMS. Disponible en <https://apps.who.int/nhwportal/>.

(Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador, esta cifra es de 24,7 al 2018. Para más información, véase: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro estadístico de recursos y actividades de salud, 2018. Quito: INEC; 2020. Disponible en [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Recursos\\_Actividades\\_de\\_Salud/RAS\\_2018/Principales\\_resultados\\_RAS\\_2018.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2018/Principales_resultados_RAS_2018.pdf)).



**Cuadro 30.** Tasa de infección por grupo ocupacional en Ecuador

Grupo ocupacional	Número de casos confirmados <sup>a, 1</sup>	Distribución de casos confirmados en el total de RHS (%)	Disponibilidad de los RHS <sup>2</sup> (%)	Tasa de infección dentro del grupo ocupacional (%)
Personal médico	5602	48,7	39 908	14,0
Profesionales de enfermería	2734	23,8	24 751	11,0
Auxiliares de enfermería	1809	15,7	17 350	10,4
Personal de obstetricia	204	1,8	2296	8,9
Personal de odontología	660	5,7	5318	12,4
Personal de psicología	498	4,3	1582	31,5
<b>Total</b>	<b>11 507</b>	<b>100,0</b>	<b>91 205</b>	<b>12,6</b>

RHS: recursos humanos para la salud

**Nota:**

a Incluye personal médico, profesionales y auxiliares de enfermería, obstetricia, odontología y psicología. Datos al 2 de abril del 2020.

**Fuentes:**

1 Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Comportamiento de la COVID-19 en Ecuador. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2021. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/coronavirus-covid19-ecuador/>.

2 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro estadístico de recursos y actividades de salud, 2018. Quito: INEC; 2020. Disponible en [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Recursos\\_Actividades\\_de\\_Salud/RAS\\_2018/Principales\\_resultados\\_RAS\\_2018.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2018/Principales_resultados_RAS_2018.pdf).

vigilancia epidemiológica y atención oportuna de casos en todos los niveles de atención debido a la repercusión del contagio en los RHS, lo que redujo su disponibilidad para la atención de salud en la red de servicios hospitalarios y de APS.<sup>137</sup>

Por otra parte, al analizar el número de casos confirmados como proporción de la disponibilidad de RHS por grupo ocupacional, se observa una distribución diferente. El personal profesional de psicología representa 4,3% de los casos confirmados, pero tiene la mayor tasa de infección dentro del grupo ocupacional (31,5%), y en el área de odontología están en tercer lugar (12,4%) a pesar de que concentran 5,7% de los casos. Si se tiene en cuenta que dentro de sus labores no atiende pacientes contagiados con el SARS-CoV-2, este resultado requiere mayor estudio; por ejemplo, puede deberse a una menor disponibilidad de personal, pero sería necesario combinar esta información con fuentes de contagio (trabajo o en la comunidad). Al continuar el análisis por grupo ocupacional, se observa que 14% del personal médico fueron casos confirmados de COVID-19,

seguido por el grupo de profesionales en enfermería (11%) y auxiliares de enfermería (10,4%) (cuadro 30).

La falta de remuneración y de estabilidad laboral fueron motivo de preocupación en Ecuador, y los medios de comunicación notificaron movilizaciones al respecto (véase el apartado de Movilizaciones y ataques en el anexo 4). Uno de los temas álgidos fue la decisión del gobierno de no renovar contratos en todos los ministerios en mayo del 2020 (189). En el caso particular del área de salud, se realizaron 2279 de contratos de RHS para tareas administrativas, que corresponden a 2,8% de la nómina del MS Ecuador como parte de un proceso de optimización de los RHS (190), para reducir entre 10% y 15% de su gasto (189). En respuesta, se organizaron movilizaciones en el Hospital General Santo Domingo, y el 25 de mayo del 2020 se programaron movilizaciones en Quito convocadas por las centrales obreras y sindicatos de trabajadores y profesionales de la salud (191). En agosto, estas movilizaciones sucedieron en Guayaquil (192).

<sup>137</sup> Respuesta del Ministerio de Salud Pública del Ecuador al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 31 de diciembre del 2020.

Otro tema recurrente en los medios de comunicación fue la falta de pago de las remuneraciones al personal médico en los meses de julio, agosto y septiembre del 2020 en las tres principales ciudades del país, que incluía al personal médico de posgrado, a quienes en junio se les había otorgado una remuneración que no percibían antes de la pandemia.

También en agosto del 2020, gremios de la salud anunciaron una demanda contra el Estado para solicitar una indemnización a favor de los huérfanos y viudas de 120 miembros del personal médico que fallecieron durante la pandemia mientras atendían pacientes con COVID-19 en los establecimientos de salud pública.

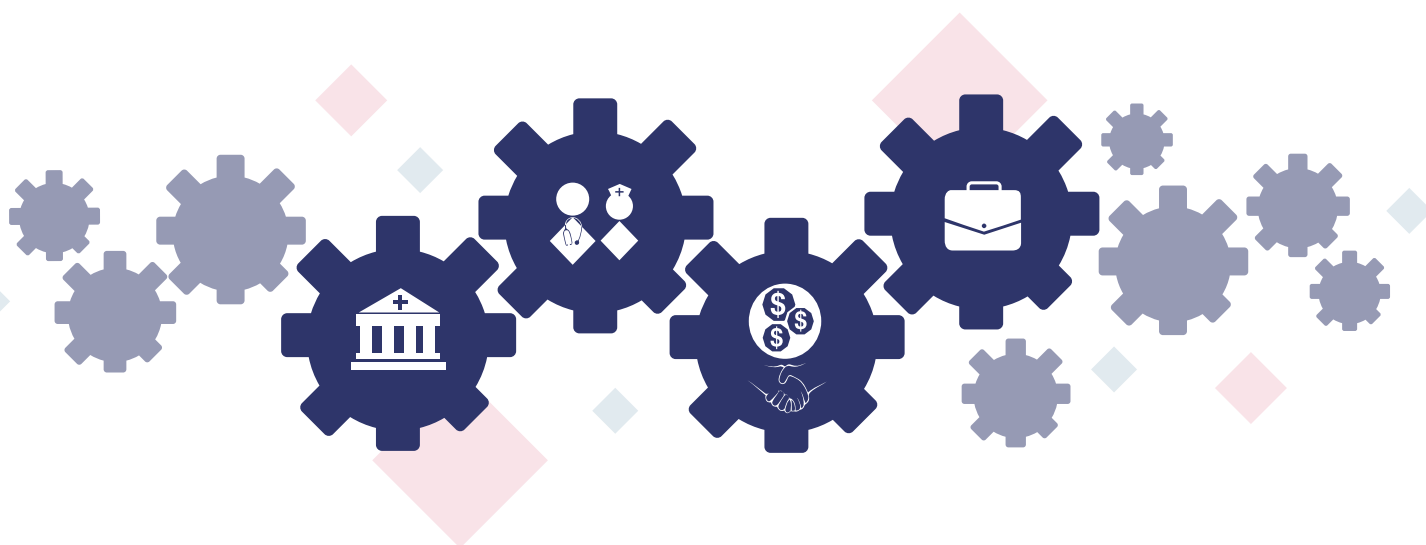
Por último, en octubre y noviembre, profesionales y personal de salud anuncian acciones políticas, judiciales y movilizaciones, incluida una huelga de hambre, para que se derogue el artículo 10 y 40 del reglamento a la Ley de Apoyo Humanitario (13). A pesar de que esta ley establece los mecanismos para los nombramientos definitivos a todo los RHS que trabajaron durante la emergencia de salud por la COVID-19, su reglamentación limita su aplicación y establece que los nombramientos se darían de manera paulatina según la justificación de la necesidad y la disponibilidad presupuestaria (para más información, véase el cuadro A4.5 del anexo 4).

## 4.3. Respuesta de política

### 4.3.1. Estrategia general de respuesta a la enfermedad por el coronavirus del 2019

Una vez identificado el primer caso positivo para el virus SARS-CoV-2 en Ecuador, el Ministerio de Salud, en coordinación con todas las instancias involucradas, planteó la necesidad de reorganizar los servicios de salud y desarrollar planes de contingencia que permitieran tener **establecimientos de salud preparados en todos los ámbitos** para la atención de pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de COVID-19.<sup>138</sup>

El 28 de febrero del 2020, el MS Ecuador publicó el informe *Lineamientos operativos de respuesta frente a coronavirus COVID-19*, que aplica para empresas públicas y privadas. En estos se dispuso que la red pública integral de salud y la red complementaria de salud optimicen el proceso de acogida, recepción, atención de pacientes con COVID-19, con especial cuidado de la seguridad de los pacientes con enfermedades diferentes a COVID-19 y la descongestión de espacios en el sistema nacional de salud. De esta manera, se organizaron 27 hospitales públicos centinelas y se amplió la red de laboratorios para toma de muestras.<sup>139</sup>



138 Respuesta del Ministerio de Salud Pública del Ecuador al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 31 de diciembre del 2020.

139 *Ibidem*.

Desde el inicio de la Declaratoria de emergencia, **los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención pertenecientes al MS Ecuador** optimizaron sus espacios con la finalidad de contar con áreas para el manejo y el tratamiento exclusivo de pacientes con COVID-19. Este proceso demandó, además, la necesidad de cumplir con todos los requerimientos operacionales para el funcionamiento adecuado de todas las áreas; esto **incrementó la necesidad de talento humano**, equipamiento sanitario, insumos médicos y dispositivos, entre otros. Es así como el MPS realizó las gestiones pertinentes a través de varias fuentes de financiamiento y donaciones para el fortalecimiento de los servicios, principalmente para el **aumento de áreas de hospitalización, terapia intensiva y emergencia.**<sup>140</sup>

Se establece el Plan de preparación y respuesta del Ecuador ante la COVID-19, dirigido por el MS Ecuador y desarrollado con un enfoque consultivo y participativo.<sup>141</sup> Mediante este plan se definen acciones para contener y mitigar el impacto de la crisis sanitaria en la salud de la población. En él se incluyeron directrices operativas para la respuesta ante la COVID-19 con acciones en los componentes de gobernanza, promoción, vigilancia epidemiológica, calidad y provisión de servicio de salud. Este plan estratégico se basa en los objetivos planteados por la OMS para la respuesta global en salud pública ante la COVID-19, con base en diez pilares (para más información, véase el cuadro A4.1 en el anexo 4).

Se instaló el servicio de atención de salud móvil, que ha desplegado su contingente a través del servicio de atención prehospitalaria y de unidades móviles de salud.

Por medio del COE se desarrollaron protocolos de manejo y cuidados en diferentes especialidades y niveles asistenciales, sujetos a cumplimiento por parte de las instituciones públicas y privadas y actualizaciones constantes.<sup>142</sup>

### 4.3.2. Mejorar la disponibilidad de los recursos humanos para la salud

#### 4.3.2.1. Detectar las necesidades de los recursos humanos para la salud para atender pacientes con la enfermedad por el coronavirus del 2019

Para estimar los requerimientos de RHS, el MS Ecuador utilizó el modelo de atención de salud por cantidad de pacientes atendidos.<sup>143</sup> De acuerdo con el MS Ecuador, se tiene previsto contratar 2850 nuevos profesionales (190). El IES utiliza como metodología la cantidad de atenciones y la estructura mínima requerida en los dispensarios de salud de tipo A (cuentan solo con personal médico y de enfermería), relevada por la Subdirección nacional de gestión de talento humano.

En los primeros meses de pandemia se observó un aumento del déficit de RHS debido al contagio con el SARS-CoV-2 y a que quienes pertenecían a grupos de riesgo (personas mayores, personas

<sup>140</sup> Esto derivó en una expansión de la capacidad de atención: a noviembre del 2020 se encuentran disponibles 142 hospitales para COVID-19 (118 del Ministerio de Salud Pública, 24 del IESS). En marzo se contaba con 1019 camas de hospitalización y 217 para UCI COVID-19, al 16 de noviembre se contaban 1998 camas de hospitalización y 488 para UCI COVID-19 y 635 ambulancias a escala nacional más 21 ambulancias entregadas por donación. En un inicio se procesaban 400 muestras diarias, en noviembre del 2020 se procesaban 3000 pruebas de PCR por día, con incremento de detección de personas con COVID-19 en etapas tempranas. A noviembre del 2020 se cuenta con 1940 establecimientos de salud de primer nivel de atención que solucionan 80% de los problemas de salud de la población y 720 832 atenciones de brigadas Médico del barrio que prestan asistencia a pacientes vulnerables y prioritarias, a escala nacional. Estos datos se obtuvieron de la respuesta del Ministerio de Salud Pública del Ecuador al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 31 de diciembre del 2020.

<sup>141</sup> En la elaboración de este plan se consideró la importancia del desarrollo de procesos participativos de construcción de políticas públicas, por lo que se realizó un proceso virtual de consultas entre las autoridades del MS Ecuador y la OPS, además de sesiones de trabajo con representantes de pueblos y nacionalidades indígenas, afrodescendientes, montubios, así como otros actores sociales, quienes identificaron las prioridades en la atención de la respuesta principalmente en las áreas de comunicación y educación. Se elaboró una propuesta de matriz para la consolidación de la información, se definió y elaboró el contenido del plan junto a las validaciones de las autoridades sanitarias, con la asistencia técnica de la Secretaría "Planifica Ecuador". Posteriormente, la Coordinación General de Planificación y Gestión estratégica planteó una metodología para realizar talleres de validación del Plan de preparación y respuesta del Ecuador ante la COVID-19, estos talleres fueron convocados el 24 de abril del 2020. Por último, se solicitó retroalimentación técnica por parte de la OPS para fortalecer las acciones de salud. Para más información, véase: Ministerio de Salud Pública del Ecuador Ayuda Memoria: acciones del Ministerio de Salud frente a la pandemia. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2020.

<sup>142</sup> Respuesta del Ministerio de Salud Pública del Ecuador al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 31 de diciembre del 2020.

<sup>143</sup> *Ibidem*.

gestantes y personas con enfermedades crónicas) adoptaron el teletrabajo.

#### 4.3.2.2. Medidas para mantener o aumentar los recursos humanos para la salud

En este apartado se analizarán las medidas que aplicó Ecuador para afrontar la escasez de los RHS en ocupaciones clave y los desequilibrios regionales, incrementados por la infección y el fallecimiento de los RHS y las condiciones laborales que afectaron de manera negativa su disponibilidad. Desde marzo del 2020, los países han aplicado varias medidas para mantener o aumentar la fuerza laboral de salud para hacer frente a la emergencia sanitaria. Las reglamentaciones relacionadas con los RHS tienen como objetivo facilitar la contratación y el despliegue de personal adicional y la redistribución del personal existente. Algunas de ellas incluyen: **1)** crear vías de contratación más rápidas o permitir aumentar los contratos de autónomos<sup>144</sup>, que a menudo se basan en la legislación de emergencia, **2)** reorganizar turnos, **3)** introducir cambios de tareas y **4)** reasignar personal dentro de las instalaciones o entre las regiones.

A continuación, se resumen las estrategias diseñadas y aplicadas por Ecuador para mantener y aumentar la disponibilidad de los RHS que hacen frente a la emergencia de salud, en función de la estrategia aplicada para el incremento de la capacidad de respuesta de manera integral y con calidad a la atención.

- **Contratación directa:** el MS Ecuador informa sobre las siguientes contrataciones para fortalecer los RHS (para más información, véase el cuadro A4.3 del anexo 4):

- 537 profesionales de salud, como personal médico de la comunidad e internistas y profesionales de enfermería para el fortalecimiento de las áreas críticas.

- Vinculación de 417 profesionales para el servicio de atención de salud móvil, desde julio hasta diciembre del 2020.
- Durante el mes de junio del 2020 se contrataron 1395 profesionales de la salud en el sector público a escala nacional.
- En la ciudad de Quito, antes de la pandemia se contaba con 7005 profesionales de la salud, hoy en día, son 7743 que laboran en los siete hospitales de la capital. En su mayoría, se contrató personal médico y profesionales de enfermería.
- En marzo del 2021 se procedió con la contratación de equipos de respuesta rápida (ERR), conformados por personal médico especialista en epidemiología y medicina general y profesionales de enfermería a escala nacional, conforme las distintas necesidades en territorio, financiados por el Proyecto BID.<sup>145</sup>

- **Reasignación de personal:** durante la pandemia hubo reasignación de personal de salud e interrupción parcial y temporal de servicios esenciales. Profesionales como el personal de consulta externa, de odontología y de obstetricia han apoyado en el triaje, la promoción del lavado de manos o la atención de pacientes con síntomas compatibles con COVID-19 por telemedicina. Entre estos profesionales se encontraban sobre todo personas que están dentro de los grupos de riesgo como gestantes, personas mayores y personas con enfermedades crónicas o con discapacidad. También se conformaron equipos intramurales y extramurales para la toma de muestras. En el caso de Guayaquil, **se movilizó personal del primer nivel de atención para apoyar al nivel hospitalario.** La reasignación ha sido planificada por cada uno de los centros de salud, no existe una orden a nivel central. En el cuadro 31 se muestra,

<sup>144</sup> Se refiere a aquellos contratistas independientes que contraen la prestación de servicios en beneficio de terceros sin adquirir la condición de empleados. Para más información, véase: Organización Internacional del Trabajo. Definición y medición estadísticas del trabajo "por cuenta propia". Obtenido de 20ª Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo. Ginebra: OIT; 2018. Disponible en [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--dgreports/--stat/documents/meetingdocument/wcms\\_644893.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--dgreports/--stat/documents/meetingdocument/wcms_644893.pdf).

<sup>145</sup> Respuesta del Ministerio de Salud Pública del Ecuador al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 31 de diciembre del 2020.

a modo de ejemplo, el caso particular del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) del sector campesino (cuadro 31).

Por otra parte, el personal médico y profesionales de enfermería que se encontraban realizando el año de salud rural fueron trasladados de sus plazas a otras zonas del país para apoyar la atención de casos de COVID-19. Se apoyó a las zonas a medida que estas recibían la clasificación de semáforo rojo. En primer lugar, se reasignaron a Guayaquil; luego, cuando bajaron los casos en esa ciudad, aumentaron en Quito y, posteriormente, en las otras ciudades pequeñas, lo que dio oportunidad para

que apoyar de mejor manera. Se estima que se reasignaron 10 000 profesionales de la salud.

Se reforzaron los centros de primer nivel con mayor capacidad de atención para ampliar los horarios de atención y apoyar la atención de pacientes con otras enfermedades.

- **Apoyo de las Fuerzas Armadas (FFAA):** se contó con el apoyo de 1523 profesionales de la salud de las FFAA para reforzar a los equipos de salud de la red pública, además de la instalación de carpas militares para la atención de casos de COVID-19 y destinación de hospitales centinela

**Cuadro 31.** Reasignación de recursos humanos para la salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social del sector campesino

Grupo ocupacional	RHS reasignados a la atención de pacientes con COVID-19	Distribución por grupo ocupacional (%)
Auxiliares de enfermería	735	33,4
Auxiliares de servicio de salud	1	0,0
Profesional de enfermería	44	2,0
Personal médico	776	35,2
Personal de obstetricia	16	0,7
Personal de odontología	631	28,6
<b>Total</b>	<b>2203</b>	<b>100</b>

COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; RHS: recursos humanos para la salud

**Fuente:** respuesta del Ministerio de Salud Pública del Ecuador al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 31 de diciembre del 2020.

**Cuadro 32.** Recursos humanos para la salud de las Fuerzas Armadas de Ecuador en apoyo de la emergencia de salud

Fuerza armada	Profesionales de sanidad militar	Unidades de sanidad militar		
		Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel
Terrestre	829	47	7	n.d.
Naval	447	9	3	n.d.
Aérea	247	6	4	n.d.
Comando Conjunto de las FFAA	n.d.	1	n.d.	1
<b>Total</b>	<b>1523</b>	<b>63</b>	<b>14</b>	<b>1</b>

FFAA: Fuerzas Armadas; n.d.: datos no disponibles.

**Fuente:** respuesta del Ministerio de Salud Pública del Ecuador al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 31 de diciembre del 2020.

para la atención de casos de COVID-19. Entre los tres niveles de atención del sistema de salud se contó con 78 unidades de sanidad militar (cuadro 32).

- Convenios de **cooperación interinstitucional:** con el propósito de aumentar la disponibilidad de RHS, durante el período de enero a agosto del 2020 se suscribieron un total de 12 convenios de cooperación interinstitucional<sup>146</sup> con instituciones de educación superior (IES) tramitados por la Dirección nacional de normatización del talento humano en salud (para más información, véase el cuadro A4.2 en el anexo 4). A través de estos convenios marco y específicos que se suscriben con las IES, el personal médico posgradistas<sup>147</sup> presta sus servicios en los hospitales pertenecientes a la red integral de salud pública y la red complementaria. En el marco de la Ley de Ayuda Humanitaria, el personal médico posgradistas será considerado personal médico en funciones hospitalarias y suscribirá un contrato de servicios ocasionales con el MS Ecuador o con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y sus respectivas redes complementarias, por el tiempo que duren sus estudios de posgrado. La remuneración corresponderá a la categoría de personal médico general en funciones hospitalarias (193).
- **Cambios en los turnos:** se reasignó personal auxiliar de enfermería y profesional de enfermería en turno de 24 horas durante la primera ola de contagios. Luego se retomó el horario de 12 horas diurnas, 12 horas nocturnas y 3 horas de descanso, como estaba dispuesto antes de la pandemia. Con respecto al personal médico, se mantuvieron las guardias de 24 horas cada cuatro días con un equipo de contingencia en caso de bajas por enfermedad, y personal médico especialistas de asistencia en turnos de 8 horas y fuera de horario en caso de emergencia. Los RHS de áreas complementarias se alternaron en

jornadas de trabajo de 7 días continuos y 7 días de descanso. El área administrativa se acoge al teletrabajo y luego se reintegra de forma gradual a la modalidad presencial.

En el cuadro 33 se muestran los mecanismos puestos en marcha con base en la disponibilidad de información.

El 22 de junio del 2020 se promulgó la Ley Orgánica de Apoyo Humanitario para combatir la crisis sanitaria derivada de la COVID-19. Para asegurar la estabilidad de los RHS, esta ley establece en su artículo 25 que, como excepción y por esta ocasión, **el personal de salud que haya trabajado durante la emergencia de salud de la COVID-19 con un contrato ocasional** o nombramiento provisional en cualquier cargo en algún centro de atención

**Cuadro 33.** Disponibilidad de los recursos humanos para la salud para atender pacientes con COVID-19 en Ecuador

Mecanismo	RHS
Contrataciones	3087
Fortalecimiento de áreas críticas <sup>a</sup>	537
Servicio de atención de salud móvil <sup>b</sup>	417
Sector público a escala nacional	1395
Hospitales en Quito <sup>c</sup>	738
Reasignaciones	10 000
Fuerzas Armadas en apoyo	1523
<b>Total</b>	<b>14 610</b>

RHS: recursos humanos para la salud.

**Notas:**

**a** Profesionales de la salud, como personal médico de la comunidad e internistas, y profesionales en enfermería para el fortalecimiento de las áreas críticas.

**b** Desde julio hasta diciembre del 2020.

**c** Profesionales de la salud en los siete hospitales de la capital.

**Fuente:** respuesta del Ministerio de Salud Pública del Ecuador al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 31 de diciembre del 2020.

<sup>146</sup> Los convenios suscritos con las IES no son para que los profesionales presten sus servicios laborales en el sector público, sino para la formación de estudiantes de tercer nivel. El objeto de la suscripción de estos convenios son la de escenarios de formación para que los estudiantes de cuarto nivel, es decir de posgrados realicen sus prácticas profesionales es decir casos prácticos que conlleva su formación, en los diferentes años de su especialización médica. Cabe mencionar que estos convenios no tienen erogación de recursos por parte del MS Ecuador para con las IES.

<sup>147</sup> Hace referencia a Médicos que se están especializándose para lo cual deben cumplir en sus programas de formación alrededor de un total de 20 000 horas de formación entre horas asistenciales y académicas.

sanitaria de la red integral pública de salud y sus respectivas redes complementarias, **serán declarados ganadores del respectivo concurso público y, en consecuencia, se procederá con el otorgamiento inmediato del nombramiento definitivo.** Debido a las limitaciones presupuestarias, esta ley no se puede cumplir en su totalidad, por lo cual la reglamentación expedida limitó la contratación a la justificación de la necesidad de contratación y a la disponibilidad presupuestaria.

### 4.3.3. Protección y apoyo a los recursos humanos para la salud

El RHS es un grupo de alto riesgo vulnerable a las infecciones y a experimentar alteraciones de salud mental al estar en la primera línea de atención en los servicios de salud. Esto requiere de estrategias multidimensionales e integradas para abordar este problema de forma adecuada. En este apartado se muestran las actividades que realizó Ecuador para abordar la protección y la seguridad del personal de salud.

Es importante resaltar que Ecuador se encuentra en el proceso de construcción de la política de talento humano en salud, para fortalecer la cualificación de los RHS a la vez que se otorga la estabilidad laboral y mayor remuneración, acorde con sus funciones y responsabilidad, en el marco del Consejo Nacional de Salud Ecuador Comisión de Recursos Humanos (CONARHUS). Dentro de este mismo proceso, se está promoviendo en el CONARHUS que la Ley de carrera sanitaria sea orgánica y no esté subordinada a la Ley de servicio civil y carrera administrativa (194).

#### 4.3.3.1. Seguridad y salud en el trabajo y prevención y control de infecciones

En relación con el tema de las pruebas de detección y la vigilancia epidemiológica en los ámbitos nacionales o locales, al 2 de abril del 2021 se habían realizado en Ecuador 42 064 pruebas a los RHS (cuadro 34), de las cuales 52,3% se realizaron a personal médico (11).

Al inicio de la pandemia, hubo escasez de EPP debido a la falta de proveedores de las mascarillas N95

y quirúrgicas. Además, la gran mayoría de los proveedores de alcohol gel a 70% no comercializa el producto con registro sanitario de medicamento, a pesar de ser catalogado como tal, lo que dificulta su adquisición por parte del MS Ecuador.

Cada uno de los miembros del personal de instituciones de salud han debido cumplir estrictamente con medidas de seguridad y directrices emitidos por el MS Ecuador, el Ministerio de Trabajo y el IESS para la prevención y el control de la COVID-19 durante la jornada presencial de trabajo (para más información, véase el cuadro A4.4 en el anexo 4). Para esto, el Ministerio del Trabajo publicó el 22 mayo del 2020 la Guía de actuación para la prevención y control de COVID-19 durante la jornada presencial de trabajo para reducir el riesgo de exposición al SARS-CoV-2.

El personal de salud está particularmente expuesto a los efectos en la salud mental causado tanto por la incertidumbre que se genera al enfrentarse a una enfermedad nueva como por la preocupación de exponer a su propia familia a enfermarse, a lo cual se pueden agregar la sobrecarga de trabajo en contextos de escasez de RHS. En el caso de Ecuador, el alto riesgo de deterioro de las condiciones de salud mental de la población en aislamiento y del personal de salud: “Se ha evidenciado que los

**Cuadro 34.** Pruebas de detección viral realizadas a los recursos humanos para la salud en Ecuador según el grupo ocupacional

Grupo ocupacional	Pruebas realizadas a los RHS	Distribución (%)
Personal médico	22 019	52,3
Profesionales de enfermería	8903	21,2
Auxiliares de enfermería	5536	13,2
Personal de obstetricia	780	1,9
Personal de odontología	2727	6,5
Personal de psicología	2099	5,0
<b>Total</b>	<b>42 064</b>	<b>100,0</b>

RHS: recursos humanos para la salud.

**Fuente:** Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Comportamiento de la COVID-19 en Ecuador. Quito: Ministerio de Salud Pública: 2021. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/coronavirus-covid19-ecuador/>.

trabajadores de primera línea del sector público (profesionales de enfermería, médicos, auxiliares de enfermería, informadores de casos, entre otros) experimentan otros factores de estrés adicionales durante el brote de COVID-19 por el riesgo a ser infectado e infectar a otros”.<sup>148</sup> A continuación, se mencionan las medidas tomadas para la protección y estabilización de la salud mental de los RHS:

- Protocolo de prevención para el manejo del síndrome de desgaste profesional.
- Protocolo para la teleasistencia de salud mental en el contexto de la pandemia de COVID-19.
- Protocolo de prevención del riesgo psicosocial en intervinientes operativos y administrativos en el contexto de la pandemia de COVID-19.
- Protocolo de prevención de riesgos psicosociales relacionados con la COVID-19.
- Directrices operativas para la intervención de salud mental en la emergencia de salud.
- Protocolo de operativización estratégica de la salud mental en emergencias.
- Protocolo de asistencia emocional en situaciones de crisis y duelo.
- Guía de primeros auxilios psicológicos y apoyo psicosocial.

Por otra parte, se impulsó la comunicación en crisis y las acciones de promoción y prevención en salud. Esto se tradujo en 46 551 descargas emocionales<sup>149</sup> a personal médico, profesionales de enfermería, personal paramédico, radiodespachadores, conductores y otro personal administrativo en salud con el fin de aplicar el cuidado y autocuidado efectivo en el interviniente de primera respuesta.

Además, se organizaron grupos de descarga emocional para personal respondiente de primera línea de atención prehospitalaria que beneficiaron a **633 personas con el servicio de teleasistencia** en grupos de descarga emocional. Por último, se brinda atención a 120 usuarios a través de la modalidad de teleasistencia.

#### 4.3.3.2. Capacitación

A continuación, se mencionan las capacitaciones realizadas, el público destinatario y los temas abordados:

- Capacitación al personal médico de los establecimientos educativos bajo la órbita del Ministerio de Educación, al personal médico de los centros de privación de libertad, al personal de las coordinaciones zonales y al personal del primer nivel de atención en vigilancia epidemiológica, uso adecuado de EPP y control de infecciones.
- Capacitación sobre primeros auxilios psicológicos para un manejo adecuado de las noticias, duelos y abordaje de la crisis frente a la COVID-19 a 1500 respondientes (personal médico y paramédico, personal técnico de emergencias médicas, personal de la Central Reguladora de Emergencias y Urgencias y personal de la línea 171).<sup>150</sup>
- Capacita a 949 profesionales de la salud en la especialización de psicología de emergencias y desastres.
- Se realizó una socialización sobre el uso correcto de los EPP apropiados, lavado de manos, monitoreo de unidades de salud para corroborar las existencias de EPP, medicamentos para asegurar los sistemas de supervisión y gestión para reforzar la PCI.

<sup>148</sup> Respuesta del Ministerio de Salud Pública del Ecuador al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 31 de diciembre del 2020.

<sup>149</sup> Descargas emocionales: Es un proceso fisisicológico para regular el cuerpo al expresar las emociones a través de cualquier procedimiento que permita sacar lo vivido o guardado en la emergencia sanitaria, por ejemplo: escribir libremente los recuerdos de eventos traumáticos, escribir los problemas o eventos vividos, contarlos en un grupo posterior al evento o al finalizar labores, hacer un cuento o cortometraje, reconocer temores. Para más información, véase: Ministerio de Salud Pública. Guía de primeros auxilios psicológicos y apoyo psicosocial para primeros respondientes. SARS-CoV-2/COVID-19. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2020. Disponible en [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/GU%C3%8DA-PAP-COVID-19\\_2020.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/GU%C3%8DA-PAP-COVID-19_2020.pdf).

<sup>150</sup> La línea 171 es una línea gratuita para el agendamiento de citas médicas y otros servicios. Para más información, véase: Ministerio de Salud Pública. Comunicado: Habilitada línea gratuita 171 para agendamiento de citas médicas y otros servicios. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2021. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/comunicado-habilitada-linea-gratuita-171-para-agendamiento-de-citas-medicas-y-otros-servicios/#:~:text=El%20Ministerio%20de%20Salud%20P%C3%ABlica,atenci%C3%B3n%20a%20personas%20con%20discapacidad>.



- Desarrollo de un taller de primeros auxilios psicológicos y cuidado y autocuidado del interviniente en el contexto de la pandemia de COVID-19. Se capacitaron 1357 profesionales (personal médico y paramédico, radiodespachadores y conductores).
- Realización del Curso de educación continua avanzado sobre especialización de la psicología de emergencias y desastres. Se capacitó a 949 profesionales de psicología clínica, personal médico especializado en psiquiatría y personal paramédico).
- Se desarrolla el taller de Riesgos psicosociales: origen y efectos en la salud para el todo el personal de atención prehospitalaria y unidades móviles. Al 27 de octubre del 2021 se habían capacitado 1000 profesionales.
- Se continúa con la capacitación a los profesionales de la salud para fortalecer la socialización de los protocolos internacionales de respuesta para la COVID-19.
- **Fase 0 (plan piloto):** está programado realizarla entre enero y febrero del 2021 en las 24 provincias de país. Incluye 6570 personas, entre ellas 264 personas mayores en centros geriátricos y personal de cuidado, y 6306 miembros del personal médico **de la primera línea de atención de pacientes con COVID-19 de toda la red de salud** (UCI, emergencia, hospitalización y triaje respiratorio). El tiempo estimado de duración de esta fase son 6 semanas.
- **Fase 1:** incluye a un total de 1 815 635 personas, entre ellas a **104 577 RHS**, personas mayores de 65 años, miembros de la policía y la fuerza pública, personal docente, personas con discapacidad entre los 18 y 65 años, bomberos y recicladores de residuos. El tiempo estimado de duración de esta fase es de 12 semanas, 6 para la primera dosis y 6 para la aplicación de la segunda dosis, bajo el supuesto de que se tendrán disponibles todas las dosis necesarias. Esto significa **se deberán aplicar 60 522 dosis por día, 7565 dosis por hora en promedio** y se deberá contar con **630 equipos de vacunación a nivel nacional**, con un cálculo de 12 dosis por hora por cada equipo, en una jornada laboral de ocho horas, cinco días a la semana.

No se dispone de datos sobre el porcentaje de personal de salud capacitado; no obstante, cada institución de salud se ha visto en la necesidad de reforzar la educación continua y ofrecer capacitaciones permanentes para garantizar un personal eficiente y preparado para el manejo de situaciones de crisis. Se ha capacitado al personal de salud por medios virtuales y presencial con medidas de bioseguridad extremas y prácticas. El MS Ecuador llevó las capacitaciones a cada uno de los distritos; sin embargo, por parte del Seguro Social Campesino no se han realizado actualizaciones.

#### 4.3.3.3. Vacunación

La población objetivo para el plan de vacunación es 60% de la población total de Ecuador, esto es, 10,5 millones de personas vacunadas, en tres fases, según el Plan de Trabajo Vacunación COVID-19 Ecuador 2020-2021 (195).

Las fases de este plan de vacunación se describen a continuación:

- **Fases 2 y 3:** incluye a un total de personas nacidas y residentes en el país entre 18 y 65 años. En cada fase se atenderá la mitad de esta población. El tiempo estimado para cada fase es de 16 semanas, 8 para la primera dosis y 8 para la aplicación de la segunda dosis, bajo el supuesto de que se tendrán disponibles todas las dosis necesarias. Esto significa se deberán aplicar 120 906 dosis por día, 15 114 dosis por hora en promedio y se deberá contar con **1259 equipos de vacunación a nivel nacional**, con un cálculo de 12 dosis por hora por cada equipo, en una jornada laboral de ocho horas, cinco días a la semana.

Para cumplir con este plan se cuenta con 10 000 puestos para vacunación distribuidos de la siguiente manera:

1. 2000 puestos para vacunación a cargo del MS Ecuador.

2. 1000 puestos del IESS, de la policía y de las Fuerzas Armadas.
3. 7000 puestos para vacunación de la red privada.

**Asimismo, se definen 8000 RHS capacitados y entrenados para vacunar.** Todos seguirán en capacitación continua a través de la red y las plataformas de las universidades.

En marzo del 2021, el Gobierno Nacional gestiona, a través del MS Ecuador, la adquisición de las vacunas con las siguientes farmacéuticas y organizaciones:

1. **Iniciativa Covax Facility:** 7 057 200 dosis (acuerdo ya firmado al mes de marzo del 2021).
2. **Mecanismo COVAX para el Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19:** 4 000 000 dosis.
3. **AstraZeneca UK Limited:** 5 041 650 dosis (acuerdo ya firmado al mes de marzo del 2021).
4. **Pfizer-BioNTech:** 1 999 725 dosis (acuerdo ya firmado al mes de marzo del 2021).
5. **Novavax-Serum Institute:** por definir.
6. **Johnson & Johnson-Janssen Cilag:** 1 000 000 dosis.
7. **Moderna GMBH:** 3 000 000 dosis.
8. **Sinopharm:** 2 000 000 dosis.
9. **Cansino Biologics:** 3 000 000 dosis.
10. **Gamaleya Center:** por definir.
11. **Sinovac:** por definir.

Por otra parte, el 8 de marzo del 2021 se recibió una donación de 20 000 dosis por parte del Gobierno de Chile, que se destinaron para el personal de salud (196).

Al 10 de abril del 2021 hay 274 160 personas vacunadas con la primera dosis y 183 300 con la segunda dosis. De acuerdo con el cronograma, se planifica tener vacunados a 100% de los RHS de establecimientos de salud de la red pública y privada del país al 30 de marzo del 2021.

#### 4.3.4. Financiamiento

Se estableció el presupuesto por cada uno de los pilares del Plan de preparación y respuesta del Ecuador ante la COVID-19<sup>151</sup> que se detalla en el cuadro 35. Las fuentes de financiamiento para hacer frente a la pandemia son las que se describen a continuación:

- Recursos existentes en el presupuesto corriente y de inversión del Presupuesto General del Estado (PGE) para el MS Ecuador y otras entidades involucradas en la ejecución.
- Donaciones en especie entregadas directamente al MS Ecuador u otras entidades involucradas de manera directa en la ejecución del plan.
- Reasignación de recursos dentro de las diferentes instituciones que forman parte del PGE.

**Cuadro 35.** Presupuesto según los pilares del Plan de preparación y respuesta del Ecuador ante la COVID-19

Pilar	Presupuesto requerido (en US\$)	Presupuesto disponible (en US\$)
1	15 000	0
2	770 000	260 000
3	172 690	0
4	68 000	0
5	6 822 240	0
6	18 954 598,09	0
7	441 830 672,61	118 610 308,08
8	0	0
9	21 042 100	0
10	3 581 805,65	389 760
<b>Total</b>	<b>493 257 106</b>	<b>119 260 068</b>

US\$: dólares estadounidenses

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública Plan de preparación y respuesta del Ecuador ante la COVID-19. Quito: Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social; 2020. Disponible en <https://www.corteconstitucional.gob.ec/index.php/seguimiento-1-20-ee-y-2-20-ee/1-derecho-a-la-salud/3820-plan-msp-preparacio%CC%81n-y-respuesta-covid-19-mayo-2020/file.html>.

151 Ver detalle de los objetivos y pilares del Plan de preparación y respuesta del Ecuador ante la COVID-19 en el cuadro A4.1 en el anexo 4.

- Fondos adicionales obtenidos de créditos de organismos multilaterales, donaciones en efectivo y cualquier otro recurso financiero que deba ser registrado en la cuenta única del Tesoro Nacional.

Las primeras dos fuentes son gestionadas directamente por el MS Ecuador, en tanto para las dos últimas es necesaria la coordinación y gestión conjunta con el Ministerio de Economía y Finanzas y la Secretaría Técnica Planifica Ecuador.

El MS Ecuador asigna los recursos destinados al gasto corriente y de inversión. En este contexto de pandemia, los criterios propuestos para priorizar las autorizaciones de gastos son los que se describen a continuación:

- Pago de remuneraciones a personal médico, técnico y de apoyo en la respuesta a la emergencia.
- Compra de EPP, medicamentos, kits de pruebas, dispositivos y equipos médicos necesarios para atender la emergencia.
- Aumento de la infraestructura que permita ampliar la atención médica a la ciudadanía.
- Pago de derivaciones médicas.

Hasta el 23 de diciembre del 2020, el **monto asignado fue de US\$ 49 220 222,10 para el rubro de**

**RHS**, específicamente para la emergencia de salud (cuadro 36).<sup>152</sup>

Con respecto a la cooperación internacional, Ecuador ha recibido más de US\$ 25 millones de donación en EPP, ambulancias, ventiladores mecánicos, aparatos de rayos X y pruebas de detección viral (reacción en cadena de la polimerasa [PCR por su sigla en inglés]), entre otros insumos, provenientes de más de 12 países que incluyen a Alemania, Estados Unidos de América, Italia y la República Popular China, entre otros. También se recibieron de 23 empresas privadas, 9 ONG, 5 agencias de las Naciones Unidas y 4 agencias de desarrollo. El Gobierno de Chile, como se mencionó, donó 20 000 dosis de la vacuna de Sinovac.

Además, se recibieron donaciones para estrategias no relacionadas con la COVID-19 con un valor que asciende a US\$ 1,05 millones, con kits de dispositivos para salud sexual y reproductiva, repelentes para la lucha contra el zika, vitaminas y medicamentos antirretrovirales.

## 4.4. Conclusiones y desafíos

En el cuadro 37 se resumen las estrategias y los mecanismos utilizados en Ecuador para fortalecer los RHS en términos de disponibilidad, capacitación, protección, bienestar y remuneración para dar respuesta a la pandemia de COVID-19.

**Cuadro 36.** Asignación y ejecución presupuestaria para recursos humanos para la salud en Ecuador

Ítem	Asignación	Ejecución
Decimotercer sueldo	3 133 391,78	2 735 628,33
Decimocuarto sueldo	1 175 014,91	1 049 441,26
Servicios personales por contrato	36 847 161,90	34 401 479,75
Bonificación geográfica	838 460,40	782 115,60
Aporte patronal	3 648 396,82	3 323 877,18
Fondo de reserva	1 609 711,96	1 197 891,26
Compensación por vacaciones no gozadas por cesación de funciones	2 008 084,33	1 788,34
<b>Total</b>	<b>49 260 222,10</b>	<b>43 492 221,72</b>

**Fuente:** respuesta del Ministerio de Salud Pública del Ecuador al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 31 de diciembre del 2020.

<sup>152</sup> Respuesta del Ministerio de Salud Pública del Ecuador al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 31 de diciembre del 2020.

**Cuadro 37.** Estrategias y mecanismos para abordar aspectos relacionados con los recursos humanos para la salud para responder a la pandemia de la enfermedad por el coronavirus del 2019 en Ecuador

Estrategia	Mecanismo de implementación
<b>Pilar 1. Preparación para dar respuesta inicial a la emergencia de salud</b>	
<b>Estimación de las necesidades de RHS para la respuesta inicial a la COVID-19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directrices operativas de respuesta frente a la COVID-19 emitidas por el MS Ecuador mediante las cuales se dispone la organización de los establecimientos para la atención de pacientes con COVID-19 y, además, se preserva la seguridad de los pacientes con otras enfermedades. Así se organizaron 27 hospitales públicos centinela y se amplió la red de laboratorios para la toma de muestras.</li> <li>• Para estimar los requerimientos de RHS se utilizó como metodología la cantidad de atenciones y la estructura mínima requerida en los dispensarios de salud de tipo A, relevada por la Subdirección nacional de gestión de talento humano según la cantidad de pacientes atendidos en el IESS y con base en el modelo de atención de salud en el MS Ecuador.</li> <li>• En los primeros meses de pandemia, se observó un déficit de RHS debido a que pertenecían a grupos de riesgo (personas mayores, personas con enfermedades crónicas), la adopción del teletrabajo y el contagio de COVID-19.</li> </ul>
<b>Pilar 2. Fortalecimiento de los RHS para aumentar la capacidad de respuesta del sistema de salud</b>	
<b>Aumentar la disponibilidad de RHS de los casos con diagnóstico presuntivo, confirmado y probable</b>	<p>Se utilizaron mecanismos para aumentar la capacidad de los RHS, enfocados en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrataciones directas (3087 personas al mes de noviembre del 2020).</li> <li>• Reasignaciones (10 000 personas al mes de noviembre del 2020).</li> <li>• Fuerzas Armadas en apoyo (1523 personas al mes de noviembre del 2020).</li> <li>• Convenios de cooperación interinstitucional.</li> <li>• Cambios en los turnos.</li> </ul>
<b>Mejora en las condiciones de trabajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El artículo 25 de la Ley Orgánica de Apoyo Humanitario establece que al personal de salud que haya trabajado durante la emergencia sanitaria de la COVID-19 con un contrato ocasional o nombramiento provisional se le otorgará de inmediato del nombramiento definitivo. La reglamentación limitó la acción de esta ley, de manera que no se ha cumplido en su totalidad debido al alto costo que conllevan las contrataciones de profesionales de la salud para hacer frente a la pandemia.</li> </ul>
<b>Definir nuevas competencias para los RHS para la prevención y tratamiento de la COVID-19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación del personal médico en vigilancia epidemiológica, uso adecuado de EPP y control de infecciones.</li> <li>• Capacitación en primeros auxilios psicológicos (1500 médicos, paramédicos, técnicos de emergencias médicas, personal del Centro Regulador de Emergencias y Urgencias y la línea 171).</li> <li>• Socialización del uso correcto de los EPP apropiados, capacitación en el lavado de manos, monitoreo de las unidades de salud para corroborar las existencias de EPP, medicamentos para asegurar los sistemas de supervisión y gestión para reforzar la PCI.</li> <li>• Desarrollo de un taller de primeros auxilios psicológicos y cuidado y autocuidado del interviniente ante COVID-19. Se capacitaron 1357 profesionales (personal médico y paramédico, radio despachadores y conductores).</li> <li>• Realización del Curso de educación continua avanzado sobre especialización de la psicología de emergencias y desastres. Se capacitaron 949 profesionales de las áreas de psicología clínica, psiquiatría y personal paramédico.</li> <li>• Se realizó el Taller de riesgos psicosociales: origen y efectos en la salud para el todo el personal de atención prehospitalaria y unidades móviles: al 7 de octubre del 2020 se habían capacitado 1000 personas.</li> <li>• Se continúa con la capacitación a los profesionales de la salud para fortalecer la socialización de los protocolos internacionales de respuesta para la COVID-19.</li> </ul>

Estrategia	Mecanismo de implementación
Seguridad y salud en el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo de prevención para el manejo del síndrome de desgaste profesional.</li> <li>• Protocolo para la teleasistencia de salud mental en el contexto de la pandemia de COVID-19.</li> <li>• Protocolo de prevención de riesgos psicosociales relacionados con la COVID-19.</li> <li>• Protocolo de operativización estratégica de la salud mental en emergencias.</li> <li>• Protocolo de asistencia emocional en situaciones de crisis y duelo.</li> <li>• Guía de primeros auxilios psicológicos y apoyo psicosocial.</li> <li>• Comunicación en crisis y las acciones de promoción y prevención en salud.</li> <li>• Protocolo de prevención del riesgo psicosocial en intervinientes operativos y administrativos relacionados con la atención de COVID-19.</li> <li>• Directrices operativas para la intervención de salud mental en la emergencia sanitaria.</li> </ul>
<b>Pilar 3. Revisión y actualización de medidas</b>	
Mantener la disponibilidad de los RHS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de vacunación con prioridad para los RHS.</li> </ul>

COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; EPP: equipo de protección personal; RHS: recursos humanos para la salud.

## 4.5. Tareas futuras

- Disminuir el riesgo de contagio en los RHS, garantizar el abastecimiento de medicamentos y EPP, agilizar la normativa de compras públicas y hacer compras a nivel desconcentrado. Además, aumentar la capacitación continua sobre higiene personal y el uso de EPP.
- Estandarizar el tratamiento para pacientes con COVID-19 en los sectores público y privado.
- Reducir el déficit de RHS. Esto ayudaría, además, a disminuir la sobrecarga de trabajo y las horas extendidas de turnos de trabajo.
- Aplicar estrategias de fortalecimiento de competencias para medicina intensiva de otros profesionales para casos de crisis sanitaria, para paliar el déficit de especialistas en medicina crítica y terapia intensiva.
- Conformar equipos que permitan tener una mayor articulación de información y respuesta en cada una de las dependencias del IESS.
- Publicar la Política nacional del desarrollo de los recursos humanos para la salud.
- Fomentar y apoyar la promulgación de la Ley de Carrera Sanitaria.
- Publicar el Acuerdo interministerial de la norma técnica de planificación del talento humano en salud de la red pública integral de salud.

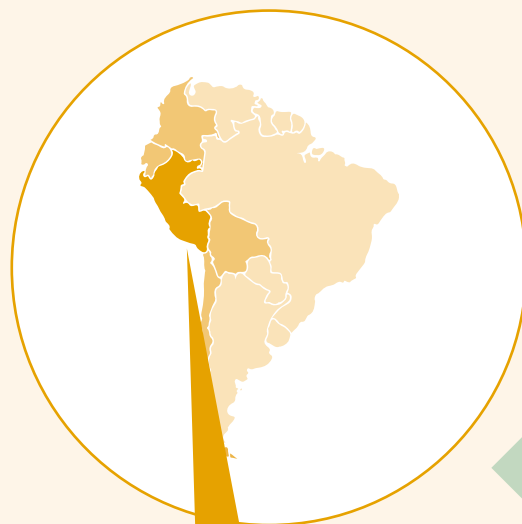
## 5. Perú

### Puntos clave

- El país ya destinaba presupuesto para reducir la brecha de personal de salud; sin embargo, con la pandemia de COVID-19 esta se hizo más visible, sobre todo en el personal médico especializado.
- Perú preparó una respuesta inicial en marzo del 2020 para atender casos con diagnóstico presuntivo, probable y confirmados de COVID-19 en los establecimientos públicos, por un período de 3 meses, para lo cual calculó un requerimiento de 2610 profesionales de la salud y 270 no asistenciales.
- Se identificaron grupos de riesgo dentro de los RHS que no debían participar en la atención de casos de COVID-19 (14,9% del total de los RHS), lo cual reduce el personal disponible. La región de Lima concentra 43% del personal de salud en situación de riesgo, lo que representa 17,9% de su dotación de RHS antes de la pandemia. Por grupo ocupacional, se encuentra en riesgo 13% del personal médico y 12% de profesionales de enfermería.
- Para aumentar la disponibilidad de los RHS se usaron diferentes mecanismos: **1)** reclutamiento eliminando requisitos de contratación y aumento de remuneración mediante la modalidad de contratación administrativa de servicios en el contexto de la COVID-19 (CAS-COVID) (44 207 personas al mes de diciembre del 2020), **2)** reasignación de personal (80 202 personas al mes de agosto del 2020), **3)** estudiantes a punto de culminar su proceso de formación (5048 personas al mes de agosto del 2020), **4)** extensiones horarias (11 662 personas al mes de agosto del 2020), profesionales graduados en el extranjero, con flexibilización transitoria de los requisitos de la autorización de ejercicio profesional y **5)** cooperación internacional (92 personas al mes de diciembre del 2020).
- Hubo dificultades en la aplicación de medidas de prevención por la escasez de pruebas y de protección por la falta de EPP. Este último es un rubro significativo en el financiamiento de la respuesta a la COVID-19 y 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 IPS.
- Se aplicaron medidas para mejorar las condiciones laborales y bienestar del personal de salud, atender su salud mental, alimentación y descanso a través de comités de gestión ampliados y de las unidades de capacitación y de seguridad en el trabajo.
- Al mes de enero del 2021 se contaba con 9200 personas dedicadas a la vacunación y se espera llegar aproximadamente a 18 000. Se espera capacitar a 25 000 equipos de profesionales para la inmunización contra la COVID-19.

## Tareas futuras

- Continuar con el personal contratado durante la pandemia y mantener las mejoras en las condiciones laborales.
- Aumentar el presupuesto para tener más plazas para la formación de personal médico especializado.
- Aprobar la carrera sanitaria con el fin de mejorar las condiciones laborales.
- Elaborar un plan de cierre de brechas de RHS y normativa para una distribución territorial racional.



## 5.1. Contexto del país

En este apartado se presenta una breve descripción del sistema de salud del país y el análisis de la situación de los RHS antes de la pandemia de COVID-19.

### 5.1.1. Sistema de salud

El Ministerio de Salud del Perú (MS Perú) es la autoridad sanitaria nacional y, como tal, es el ente rector del sistema. Existe también la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), que supervisa el conjunto de organizaciones del sistema, que comparte con el MS Perú diversas responsabilidades en la gestión de la política de salud. En materia de financiamiento y aseguramiento,<sup>153</sup> el sistema de salud está compuesto por tres sectores, que se describen a continuación:

- **Sector público:** corresponde al régimen subsidiado o contributivo indirecto que cubre a 59,8% de la población asegurada a través del seguro integral de salud (SIS).<sup>154</sup> Se financia con recursos del Estado, el aporte de hogares y donaciones de la cooperación intergubernamental. Por medio del SIS se subsidia la provisión de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza y de pobreza extrema no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación. La prestación de servicios se realiza a través de la red de establecimientos del MS Perú, hospitales e institutos especializados públicos.
- **Sector privado:** cubre a 4,7% de la población asegurada. Se financia por el aporte de las familias a través del pago directo de honorarios

profesionales y entidades privadas<sup>155</sup> o mediante la adquisición de planes de atención a lafas privadas como empresas de seguros, medicina prepaga y autoseguros. Dentro del sector privado también se encuentra un segmento no lucrativo formado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro. La mayor parte presta servicios de primer nivel y con frecuencia reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, gobierno y hogares (197).

- **Sector mixto o contributivo directo:** es el que corresponde al sistema de seguridad social en salud del financiamiento total, 98% proviene de contribuciones directas y obligatorias de los empleadores, en el que se encuentra 35,3% de la población asegurada. Para la prestación del servicio comprende dos modalidades: EsSalud<sup>156</sup> y las entidades proveedoras de salud (EPS). EsSalud ofrece servicios de salud en sus propias instalaciones, pero a partir de la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud en 1997, el sector privado le vende servicios personales a EsSalud a través de las EPS. De este modo, la población asalariada puede optar por recibir los servicios de EsSalud o incorporarse a una EPS, que les provee la atención de menor complejidad a través de servicios privados contratados y deriva hacia EsSalud la atención de mayor complejidad.

Dentro de este régimen también se contemplan las dependencias de salud de los ministerios del Interior y de Defensa, que comprende las tres instituciones militares y la Policía Nacional (197), financiadas por el Estado y el aporte complementario de sus miembros, que disponen de sus propias redes de servicios.

153 El aseguramiento se hace por medio de las instituciones administradoras de fondos para el aseguramiento en salud (lafas).

154 El SIS es la institución administradora de fondos para el aseguramiento en salud encargada del aseguramiento de la población que cubre el régimen contributivo indirecto.

155 Se refiere a clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras. También hacen parte los prestadores informales de medicina tradicional. Para más información, véase: Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G Sistema de salud en Perú. Salud Publica Mex. 2011;53(2):243-254. Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800019#:~:text=El%20sistema%20de%20salud%20del,corresponde%20a%20la%20seguridad%20social](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019#:~:text=El%20sistema%20de%20salud%20del,corresponde%20a%20la%20seguridad%20social).

156 La Ley de Aseguramiento Universal y su reglamento sitúa a EsSalud como una institución administradora de fondos para el aseguramiento en salud. Para más información, véase: El Peruano. Ley N.º 29344/2009, del 9 de abril. Lima: Congreso de la República de Perú; 2009. Disponible en <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>.



En el cuadro 38 se muestra la distribución de la población asegurada en Perú según el subsistema de salud.

De lo anterior se concluye que en la provisión del servicio de salud hay cinco subgrupos de prestadores o IPS:

1. Proveedores públicos financiados por el SIS que dependen del MS Perú y de los gobiernos regionales.
2. Proveedores privados con fines lucrativos que presta servicios directamente a los hogares y a EsSalud a través de las EPS.
3. Proveedores privados sin fines lucrativos, principalmente a través de la cooperación internacional.
4. Proveedores de EsSalud.
5. Red de hospitales y centros médicos de las Fuerzas Armadas y fuerzas policiales.

También opera una red de provisión de servicios de carácter mixto ya, que si bien es estatal opera como privada. Se trata de una modalidad de alianza público-privada aplicada por la Municipalidad Metropolitana de Lima, que se ha extendido a diferentes ciudades del país mediante la red de hospitales de la solidaridad.

Del total de establecimientos de salud, 60,8% son privados. Los establecimientos públicos dependen del MS Perú o de los gobiernos regionales; de estos, 97% son del primer nivel de atención (199). Sin embargo, mientras el sector privado cuenta con 6 establecimientos de nivel 3 de atención, hay 34 establecimientos dependientes del MS Perú y de los gobiernos regionales, lo que explica que el segmento público concentre la mayor proporción de RHS (76,4%).<sup>157</sup> Por otro lado, EsSalud compra servicios a las instituciones privadas a través de las EPS y así complementa 1,7% de la infraestructura disponible (cuadro 39).

**Cuadro 38.** Distribución de la población asegurada por subsistema de salud en Perú

Segmento	Aseguramiento	Cobertura (%) <sup>a</sup>	
Público	Seguro integral de salud	59,9	59,9
Mixto	EsSalud	30,9	35,3
	EPS	2,8	
	lafas del Ejército	0,1	
	lafas de la Fuerza Área	0,1	
	lafas de la Marina	0,1	
	lafas de la Policía	1,3	
Privado	Empresas de seguro	2,4	4,7
	Empresas de medicina prepaga	2,1	
	Autoseguros	0,2	
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100</b>

EPS: entidad prestadora de salud; lafas: instituciones administradoras de fondos para el aseguramiento en salud.

**Notas:**

a Calculada sobre la base del total de la población afiliada a algún seguro de salud y no sobre la base de la población total del país.

**Fuente:** Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G Sistema de salud en Perú. Salud Publica Mex. 2011;53(2):243-254. Disponible en [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800019](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019).

<sup>157</sup> Esto se debe a que el total de los RHS de Perú es de 328 423 personas, de las cuales 249 459 se desempeñan en el sector público al mes de agosto del 2020. Para más información, véase: Ugarte Taboada C. Gestión de recursos humanos para la salud en los tiempos de COVID-19. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <http://orasconhu.org/portal/sites/default/files/21%20webinar%20Peru%20Gestion%20de%20RHUS%20EN%20COVID%20MINSa.pdf>.

**Cuadro 39.** Distribución de establecimientos de salud por subsistema de salud y niveles de atención en Perú

Subsistema	Nivel de atención					
	1	2	3	Sin categoría	Total	Porcentaje
Privado	7894	283	6	5641	13 824	60,8
Público (MS Perú y gobiernos regionales)	7992	143	34	78	8247	36,3
Mixto (EsSalud)	276	57	11	34	378	1,7
Sanidades	244	5	4	37	290	1,3
<b>Total (número y porcentaje)</b>	<b>16 406 (72,1)</b>	<b>488 (2,1)</b>	<b>55 (0,2)</b>	<b>5790 (25,5)</b>	<b>22 739</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Resolución 030/2020, del 27 de enero. Aprueba el documento técnico Modelo integral de cuidados por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MIC). Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/496394/resolucion-ministerial-030-2020-MINSA.pdf>.

El modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) está vigente desde el 2011 y se desarrolló con el foco en las actividades preventivas y de promoción en el primer nivel de atención, promovió la detección de factores de riesgo en el ámbito comunitario y elaboró paquetes de intervenciones para cada etapa de vida. Una señal de la aplicación efectiva del modelo de salud MAIS-BFC es que, en enero del 2020, 40,4% del total de los RHS del sector público se desempeñaba en los 7992 establecimientos del primer nivel de atención.

El modelo MAIS-BFC fue complementado por el modelo de cuidado integral de salud por ciclo de vida para la familia, la persona y la comunidad (MIC), adoptado por la Resolución Ministerial N.º 030 del 27 de enero del 2020 (198). La apuesta es ir hacia un modelo que considere la salud como un proceso dinámico con intervenciones más allá de la atención de enfermedades específicas (198).

En el sistema de salud descentralizado de Perú, el nivel nacional establece las políticas y los marcos generales, y los gobiernos regionales son responsables de la aplicación, a través de las direcciones regionales de salud (Diresa). El proceso de descentralización implicó que los 25 gobiernos regionales recibieran en transferencia una serie de competencias y funciones, y pasaron a administrar los servicios estatales de salud en sus respectivos

ámbitos, pero siempre bajo las orientaciones políticas y la normatividad emanadas del MS Perú.

### 5.1.2. Recursos humanos para la salud

En el 2014, el MS Perú realizó estudios de brechas de recursos humanos para la salud para todos los niveles de atención, a partir de los cuales se establecía el déficit de personal de salud antes de la pandemia (199).

En el 2018 se aprobaron las directrices sobre políticas para los recursos humanos para la salud en el período 2018-2030 (200). En esa ocasión, establecieron como objetivos fortalecer la rectoría del MS Perú a nivel intersectorial y multisectorial, disponer de RHS suficiente mediante la reducción de la desigualdad entre regiones, fortalecer las competencias de los RHS y mejorar las condiciones laborales.

El sistema de salud peruano cuenta con un total recursos humanos de 328 423 personas, de las cuales 76,4% se desempeñan en el sector público; de estas, 65,4% son mujeres (201).

La densidad de personal médico por habitantes en Perú es baja, con 13 por cada 10 000 habitantes. La disponibilidad de profesionales de enfermería, con 24 por cada 10 000 habitantes, se encuentra cercana a la del promedio de ALC (28 por cada

**Cuadro 40.** Comparación de la densidad de personal médico y profesionales de enfermería por cada 10 000 habitantes en Perú, en América Latina y el Caribe y en el continente americano

Ámbito geográfico	Personal médico <sup>a</sup>	Personal de enfermería <sup>d</sup>
Perú	15,2 <sup>b</sup>	18,1 <sup>c, e</sup>
América Latina y el Caribe (33 países)	29,8 <sup>c</sup>	42,4 <sup>c</sup>
América (35 países)	28,3 <sup>c</sup>	82,7 <sup>c</sup>

**Notas:**

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

b Respuesta actualizada del Ministerio de Salud de Perú al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 31 de marzo del 2021, con base en datos obtenidos del Registro Nacional del Personal de la Salud. Para más información, véase: Ministerio de Salud. Información de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiOTE3ZmEwODMtMmFIMy00ZDA4LTg5ZGEtMGMzZDBjNmU2ZTMxliwidCl6ImI3ZDjIMWZkLUWU3NjMtNDY5ZS05NjE5LWw5M2I3MmEyYzUwMyJ9&pageName=ReportSection59d61fb40feb0d4a46db>.

c Estimación al 2018. Para más información, véase: Organización Mundial de la Salud. Portal de datos de las cuentas nacionales del personal de salud de la OMS. Ginebra: OMS. Disponible en <https://apps.who.int/nhwportal/>.

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

e Según el Portal de cuentas nacionales del personal de salud, esta cifra es de 24,4 en el 2018.

10 000 habitantes), aunque lejos del promedio de la OCDE (88 por cada 10 000 habitantes) (cuadro 40). Estos indicadores señalan una escasez de personal de salud calificado en el país que, con 33,3 profesionales nucleares (personal médico, profesionales de enfermería y de obstetricia) por cada 10 000 habitantes al 2018, no alcanza el umbral de 44,5 recomendado por la OMS para lograr el acceso universal a la salud (149).

Al interior de los departamentos se observan diferencias importantes en la densidad de personal médico (para más información, véase el cuadro A5.2 en el anexo 5) con 20, en Lima; 22,5 en Callao y 20,75 en Moquegua, todos por encima del promedio de ALC (para más información, véase el cuadro A5.3 del anexo 5).

Sin perjuicio de lo anterior, el sistema público de salud experimentó un crecimiento de 27% entre el 2013 y el 2018; esto muestra las actividades realizadas por el país en pro de avanzar hacia una mayor cobertura de las necesidades de la población (202).

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

El primer caso importado de COVID-19 en Perú se detecta el 5 de marzo del 2020. Seis días después, se declara la emergencia de salud por medio del Decreto Supremo N.º 008<sup>158</sup> en el que se definen medidas de prevención y control nacionales y de fronteras (203). El 14 de marzo, por medio del Decreto de Urgencia N.º 010, se adopta el plan de acción y la relación de bienes y servicios requeridos para enfrentar la emergencia de salud. En esa oportunidad, se realiza un primer cálculo de las necesidades de contratación de personal de salud para reforzar la capacidad de respuesta del sistema público de salud (definido por un período de tres meses) y la compra de EPP para el personal de salud, además de las pruebas de detección de SARS-CoV-2 (20).<sup>159</sup> A través del Decreto Supremo N.º 044 del 15 de marzo del 2020 (204)<sup>160</sup> se declara el estado de emergencia nacional y se amplían las atribuciones del MS Perú a todas las entidades públicas, privadas y mixtas

<sup>158</sup> E plazo de la emergencia de salud se prorrogó mediante los Decretos Supremos N.º 020, 027 y 031 del 2020 y el N.º 009 del 2021.

<sup>159</sup> Este decreto considera como parte del plan de acción al Instituto Nacional de Salud, al Seguro Social de Salud (EsSalud) y a los establecimientos de salud dependientes del MS Perú y de los gobiernos regionales del país; no considera a las IPS del sector privado.

<sup>160</sup> Precisado por los Decretos Supremos N.º 045 y 046 del 2020, y prorrogado dicho plazo por los Decretos Supremos N.º 051, 064, 075, 083, 094, 116, 135 y 146 del 2020.

sanitarias, así como el personal que trabaja en ellas para la protección de personas, bienes y lugares, con potestad para establecer servicios extraordinarios por su duración o por su naturaleza. Esto incluye redistribuir el personal disponible en el territorio; en efecto, fue necesario enviar delegaciones profesionales especializados a regiones del país (205-210).

Entre el 5 de marzo y agosto del 2020 se notificaron 24 922 casos confirmados de COVID-19 entre el personal de la salud (de un total de 249 459), incluidos 305 fallecimientos. Esto representa una tasa de infección del 9,8% del personal de salud a agosto del 2020, con una tasa de mortalidad del 1,22% de los casos confirmados entre el personal de salud.

En el personal de salud 63,6% de los casos confirmados de COVID-19 se concentra en tres grupos ocupacionales formados por técnicos asistenciales

(31,6%),<sup>161, 162</sup> profesionales de enfermería (20,6%) y personal médico (11,4%). Es importante señalar que los profesionales asistenciales<sup>163</sup> concentran 15,5 % de los casos; sin embargo, constituyen un grupo amplio que incluye profesiones diversas. Los casos confirmados de COVID-19 disminuyen la capacidad de respuesta del país a la emergencia de salud, ya que parte del personal debe ausentarse por enfermedad o por indicación de aislamiento, lo que aumenta la escasez de RHS. Para ilustrar mejor esta situación, en el cuadro A5.1 del anexo 5 se puede observar la disponibilidad de RHS en Perú por grupo ocupacional, donde el grupo de profesionales de enfermería representa 17,16% del personal de salud<sup>164</sup> y el personal médico, 12,67%. Así, y al analizar la tasa de infección dentro del grupo ocupacional, se observa una distribución diferente, ya que el personal no asistencial, que corresponde a auxiliares administrativos (13,51%)

**Cuadro 41.** Tasa de infección por grupo ocupacional en Perú

Grupo ocupacional	Número de casos confirmados <sup>c</sup>	Distribución de casos confirmados en el total de RHS (%)	Tasa de infección dentro del grupo ocupacional (%) <sup>d</sup>	Disponibilidad de los RHS
Técnicos asistenciales	7868	31,6	11,78	66 806
Profesionales en enfermería	5137	20,6	12,00	42 819
Profesionales asistenciales <sup>a</sup>	3865	15,5	10,03	38 548
Personal médico	2848	11,4	9,01	31 615
Personal administrativo	2540	10,2	5,68	44 741
Personal no asistencial <sup>b</sup>	2117	8,5	13,51	15 674
Profesionales de biología	277	1,1	9,02	3070
Auxiliares asistenciales	270	1,1	4,36	6186
<b>Total</b>	<b>24 922</b>	<b>100,0</b>	<b>9,99</b>	<b>249 459</b>

RHS: recursos humanos para la salud.

**Notas:**

**a** Incluye al grupo de profesionales de las áreas de obstetricia, odontología, ingeniería sanitaria, veterinaria, nutrición, psicología, química, química-farmacéutica, tecnología médica, trabajo social, profesionales técnicos especializados y profesionales asistenciales no especificados.

**b** Personal que no atiende pacientes, incluye auxiliares del estatuto administrativo, entre los cuales se encuentran choferes y personal de aseo, entre otros.

**c** Para más información, véase: Respuesta del Ministerio de Salud de Perú al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 21 de octubre 2020.

**d** Cálculos con base en la información del Observatorio de RHS de la Dirección General de Personal de la salud a septiembre del 2020. Para más información, véase: Ministerio de Salud. Observatorio de RHS de la Dirección General de Personal de la Salud. Lima: DIGEP; 2020. Disponible en <http://digep.minsa.gob.pe/>.

**161** Respuesta del Ministerio de Salud de Perú al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 21 de octubre del 2020.

**162** Los técnicos asistenciales abarcan una amplia gama de áreas de desempeño, que ejercen funciones asistenciales.

**163** Incluye al grupo de profesionales de las áreas de obstetricia, odontología, ingeniería sanitaria, veterinaria, nutrición, psicología, química, química-farmacéutica, tecnología médica, trabajo social, profesionales técnicos especializados y profesionales asistenciales no especificados.

**164** Información del total de los RHS disponibles solo para el sector público.

tiene la mayor tasa de infección ocupacional.<sup>165</sup> Si se tiene en cuenta que dentro de sus labores no se encuentra la atención de pacientes, se requiere mayor estudio y, por ejemplo, cruzar esta información con posibles fuentes de contagio (trabajo o en la comunidad) (cuadro 41). Al continuar el análisis por grupo ocupacional, los profesionales en enfermería notificaron 12% de casos confirmados de COVID-19, seguido por técnicos asistenciales (11,78%), profesionales asistenciales<sup>166</sup> (10,03%), personal de biología (9,02%) y personal médico (9,01%).

La falta de EPP, así como las condiciones de trabajo, fueron motivo de preocupación en los RHS en Perú, de manera que desde el mes de abril del 2020 se han organizado movilizaciones de los trabajadores de la salud, especialmente en Lima, para demandar un aumento del presupuesto destinado al sector salud, el cumplimiento en la entrega de EPP, el pago del bono mensual extraordinario para todo el personal de salud (211), la estabilidad laboral y el aumento salarial que valore la formación y el desempeño. Se organizaron también huelgas, primero en algunos hospitales públicos, que se generalizaron hasta llegar a un paro nacional los días 26 y 27 de agosto del 2020. La huelga del personal médico empezó el 13 de enero del 2021 y se prolongó por más de dos semanas (para más información, véase el cuadro A5.19 del anexo 5).

## 5.3. Respuesta de política

### 5.3.1. Estrategia general de respuesta a la enfermedad por el coronavirus del 2019

**La estrategia inicial para enfrentar la pandemia involucró solo al subsistema hospitalario del sector público de salud**, a través del Decreto de Urgencia N.º 026-2020-MINSA del 15 de marzo (27). A partir de la declaración del estado de emergencia, las medidas involucran a todo el sistema nacional de salud, es decir, instituciones públicas,

privadas y mixtas. Por la Resolución Ministerial N.º 095 del 18 de marzo del 2020 se aprueba el Plan nacional de reforzamiento de los servicios de salud y contención de la COVID-19, con una reorganización y readecuación de los servicios de salud (212). A través de este plan nacional, el MS Perú define los **protocolos de atención** de todos los niveles, incluso la atención domiciliaria e intervenciones en la comunidad. Todas las instituciones públicas y privadas, de fuerzas armadas y policía nacional deben ser parte de la estrategia, y deberán aplicar líneas de contención según su capacidad resolutoria, accesibilidad y disponibilidad de recursos. Para el caso particular de la red establecimientos públicos que dependen del MS Perú, se proyectan tres líneas de atención progresiva, con inicio en la red de atención primaria.

Por último, se solicita a los gobiernos regionales que establezcan su propio plan de acción, en el marco definido a nivel nacional.

El 30 de marzo del 2020, el MS Perú destina equipos de respuesta rápida (ERR) a la vigilancia epidemiológica y laboratorial a domicilio de casos con diagnóstico presuntivo de COVID-19. Estos equipos están formados por tres personas a partir del personal existente: un profesional con competencia en epidemiología, uno en laboratorio y un chofer (213).

El 23 de julio del 2020 se introduce una nueva modificación en la gobernanza del sistema de salud peruano, que establece la gestión centralizada de camas hospitalarias y UCI, y aplica a todas las IPS públicas, privadas y mixtas, además de las pertenecientes a las fuerzas del orden. Se definen los protocolos de solicitud y asignación de camas para pacientes con COVID-19, además de los procedimientos para el traslado de pacientes y la organización de los procesos de referencia y contrarreferencia. Por otra parte, se determina que las lafas públicas y privadas deben financiar el traslado de sus afiliados (214).

<sup>165</sup> La tasa de infección dentro del grupo ocupacional se estima como el número de casos confirmados por ocupación como porcentaje del personal total por ocupación determinada.

<sup>166</sup> Incluye al grupo de profesionales de las áreas de obstetricia, odontología, ingeniería sanitaria, veterinaria, nutrición, psicología, química, química-farmacéutica, tecnología médica, trabajo social, profesionales técnicos especializados y profesionales asistenciales no especificados.

Como parte de las estrategias que se desplegaron desde el primer nivel de atención para enfrentar la COVID-19, en septiembre del se instalaron 17 centros rápidos de atención temporal (CRAT) en nueve distritos de la zona norte de Lima para el descarte oportuno y la atención de casos de COVID-19 (16).

Ante la llegada inminente de la segunda ola de COVID-19 en Perú, el 9 de noviembre del 2020 se aprobó un plan de preparación y respuesta, en el que se detecta la necesidad de fortalecer la rectoría del MS Perú, contar con un diagnóstico oportuno, reforzar la vigilancia epidemiológica y la atención en salud, contar con RHS dotado y capacitado y fortalecer la comunicación para informar a la población y así contribuir a la reducción del impacto de una segunda ola (215).

### 5.3.2. Mejorar la disponibilidad de los recursos humanos para la salud

#### 5.3.2.1. Detectar las necesidades de los recursos humanos para la salud para atender la enfermedad por el coronavirus del 2019

El objetivo del *Plan de acción, vigilancia, contención y atención de casos del nuevo COVID-19 en Perú y la relación de bienes y servicios requeridos para las actividades de la emergencia sanitaria*, aprobado mediante el Decreto de Urgencia N.º 010 de marzo del 2020 (20), fue reducir el impacto de la COVID-19 en el sistema de salud. Para esto, se realizaron acciones para la atención de casos con diagnóstico presuntivo, probable o confirmado; es decir, acciones de vigilancia epidemiológica e investigación de casos y contactos, atención de personas y organización de servicios de salud y la vigilancia laboratorial y soporte diagnóstico en los establecimientos que dependen del MS Perú, los gobiernos regionales, EsSalud y el Instituto Nacional de Salud, en un período de 3 meses. Para la ejecución de estas acciones se calculó un requerimiento de 2610 profesionales de la salud, incluido personal de medicina general y especialistas, profesionales de enfermería y técnicos, además de 270 personas con tareas para asistenciales (choferes y técnicos informáticos).

Desde el 1 de abril del 2020 se estableció la necesidad de definir grupos de riesgo en el personal de salud para la suspensión inmediata de sus labores (216). Debido a esto, el MS Perú calculó el aumento del déficit de RHS debido a la pandemia con base en el personal de salud en situación de riesgo, que comprende a las personas mayores de 60 años, personas con comorbilidades, gestantes o con hijos pequeños a cargo, quienes por dichas condiciones no pueden atender pacientes con COVID-19. Al mes de agosto del 2020, el total de RHS del sector público en situación de riesgo **se estimó en 30 486 personas**, lo que representa un **14,9% del total de personal de salud** disponible antes de la pandemia dependiente del MS Perú y los gobiernos regionales. Cuando se analizan estas cifras por **grupo ocupacional**, el personal administrativo (33%) y el personal técnico asistencial (27%) presentan el mayor porcentaje de personas en riesgo, **seguidos del personal médico (13%) y profesionales de enfermería (12%)** (para más información, véase el cuadro A5.4 en el anexo 5).

La región de Lima concentra **43% del personal de salud del sector público en situación de riesgo**, lo que representa **17,9% de su dotación** de RHS prepandemia. En el caso de Arequipa, este déficit puede llegar a representar más de 19% de una disponibilidad total de 8131 personas. Esto muestra las dificultades que pueden tener algunos territorios para conseguir el personal requerido por la pandemia.

#### 5.3.2.2. Medidas para mantener o aumentar los recursos humanos para la salud

En este apartado se abordarán las medidas que aplicó Perú para afrontar la escasez de los RHS en ocupaciones clave y los desequilibrios regionales, incrementada por el contagio y el fallecimiento de los RHS y las condiciones laborales que afectaron de manera negativa su disponibilidad.

Desde marzo del 2020 los países han aplicado varias medidas para mantener o aumentar la fuerza laboral sanitaria para hacer frente a la emergencia de salud. Las reglamentaciones relacionadas con los RHS tienen como objetivo facilitar la contratación y el despliegue de personal adicional y la



redistribución del personal existente. Algunas de ellas son: **1)** crear vías de contratación más rápidas o permitir que se liberen más contratos de autónomos, que a menudo se basan en la legislación de emergencia; **2)** reorganizar turnos; **3)** introducir cambios de tareas; y **4)** reasignar personal dentro de las instalaciones o entre regiones.

A finales de agosto del 2020, el MS Perú había desplegado un conjunto de mecanismos en el contexto de la pandemia en todo el país, que se describen a continuación (el cuadro A5.12 resume la legislación que soporta estos mecanismos):

- En junio del 2020 se estableció una nueva modalidad de contratación denominada contrato administrativo de servicios en el contexto de la COVID-19 (CAS-COVID), que rige para personas de la función pública contratadas por el Estado tanto a nivel central como descentralizado. Esta modalidad está basada en el contrato administrativo de servicios regulada por el Decreto Legislativo N.º 1057 del 2008 a la que se le definió una escala de remuneración mejorada para facilitar el reclutamiento (217). A través de la modalidad CAS-COVID, al mes de diciembre

del 2020 se habían reclutado 2885 personas. El personal de salud reclutado con la modalidad CAS-COVID en el sector público alcanza 44 207 personas con corte al mes de diciembre del 2020. Esto representa un incremento de RHS del sector público del 20,5% con respecto a la disponibilidad de RHS dependiente del MS Perú y los gobiernos regionales en marzo del 2020, cuando había 215 275 personas.

- Una de las estrategias de los países para aumentar los RHS destinados a atender los pacientes con COVID-19 ha sido la reasignación transitoria de personal, entre niveles de los sistemas de salud, en el mismo nivel y en los territorios, con suspensión de algunas prácticas como intervenciones quirúrgicas que se pueden postergar sin perjudicar a los usuarios, controles de enfermedades crónicas y servicios esenciales de salud (104). En el caso de Perú, a pesar de que la estrategia inicial de respuesta a la COVID-19 fue el refuerzo de los RHS en los hospitales, si se tiene en cuenta que, al mes de enero del 2020, 40,4% de los RHS se concentraba en la atención primaria, se efectuaron reasignaciones desde el primer nivel de atención hacia a los niveles de mayor complejidad. Además, se realizaron reasignaciones de presupuesto y de personal de salud desde los servicios esenciales no relacionados con la COVID-19 hacia la atención de COVID-19, lo que se tradujo en una interrupción parcial de estos servicios, sobre todo consultas externas, programas estratégicos como inmunizaciones y prevención de anemia entre otros, operaciones electivas y disminución de hospitalización de pacientes con patologías diferentes de COVID-19. A fines del mes de agosto del, se había reasignado un total de 80 202 personas, que representan 37% de los RHS disponibles en marzo del 2020 en el sector público, principalmente personal técnico asistencial (36%), profesionales de enfermería (26%), otro personal asistencial (17%) y personal médico (16%) (para más información, véase el cuadro A5.7 en el anexo 5). Las regiones de Lima, Cajamarca, La Libertad, Piura, Arequipa, y Cusco suman 50% de las reasignaciones efectuadas hasta agosto del 2020 (para más información, véase los cuadros A5.7 y A5.8 en el anexo 5).

- Se amplió el servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS) a los graduados de universidades extranjeras (218),<sup>167</sup> ya sean extranjeros o nacionales. Esta medida permitió que quienes se encuentran en una plaza diferente a su zona geográfica se pueda presentar donde estén y se flexibilizan los requisitos de inscripción. No podrá participar el personal incluido en grupos de riesgo por edad, comorbilidad, embarazo o cuidado de niños. Los estudiantes del SERUMS-I 2020 se asignan a la atención de las poblaciones vulnerables.
- El sector público contó con servicios complementarios (horas extra) por parte de 11 662 miembros del personal asistencial de salud, que son integrantes del personal de salud del sector público. Mediante esta modalidad, una persona contratada puede prestar servicios adicionales a su horario de trabajo en el establecimiento de desempeño u otro; para el segundo caso se eximió el requisito de establecer un convenio entre los establecimientos (219).
- Durante el período de vigencia de la emergencia de salud, los colegios profesionales, en coordinación con el MS Perú, otorgaron autorizaciones transitorias para el ejercicio de la profesión por parte del personal de salud formado en el extranjero sin revalidación de título (26).
- Se amplió la rotación de personal médico que cursaba tercer y cuarto año de la residencia de las especialidades de medicina intensiva o medicina de emergencias y desastres, a fin de que realicen su rotación a los establecimientos de salud priorizados durante la vigencia de la emergencia de salud a nivel nacional, para lo cual se autorizó una bonificación extraordinaria mensual de S/ 3000 (equivalentes a US\$ 837,5) (220).
- Se autorizó que, en caso de emergencia, los residentes puedan ser rotados a lugares distintos a los contemplados al inicio de sus programas (220).
- De acuerdo con el Decreto Legislativo N.º 1512 del 2020 se culminó de forma anticipada la residencia médica del último año en especialidades o subespecialidades de medicina de emergencias y desastres, medicina de enfermedades infecciosas y tropicales, medicina familiar y comunitaria, medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, medicina interna, neumología y neumología pediátrica, necesarias para la atención de pacientes con COVID-19. El MS Perú contratará a este personal médico mediante la CAS. En la Resolución Ministerial N.º 311 del 2020 se determina la incorporación de las especialidades de medicina legal, geriatría, anestesiología y cardiología (221).
- Se reanudó de manera progresiva el internado en carreras de la salud desde el 15 de agosto del 2020, y se reconoció un estipendio y un seguro de salud a los estudiantes (222).
- Se eliminó de manera transitoria el requisito de diploma de grado para contratar a personal asistencial en los establecimientos públicos y fuerzas de orden; la única exigencia es la resolución que acredite la graduación. El personal médico tendrá seis meses después de terminada la emergencia de salud para culminar los trámites de titulación y aprobar el examen nacional en ciencias de la salud cuando corresponda (222).
- A los profesionales titulados en el extranjero, se les exime de la revalidación de título durante la emergencia de salud. También tendrán un plazo de seis meses después de culminada la emergencia de salud para cumplir con la revalidación y la aprobación del examen nacional en ciencias de la salud (222).
- Se fortaleció el aplicativo informático INFORHUS del Registro Nacional del Personal de la Salud, con la finalidad de obtener información oportuna, actualizada y estratégica de los recursos humanos del MS Perú y los gobiernos regionales, para apoyar la toma de decisiones.
- Perú contó con la cooperación del Ministerio de Salud Pública de Cuba, a través de 85 profesionales de salud destinados a cuatro regiones con mayor

<sup>167</sup> Resolución Ministerial 215/2020, del 21 de abril. Modificada en mayo mediante la Resolución Ministerial N.º 258 y luego en junio con la Resolución Ministerial N.º 446.



**Cuadro 42.** Disponibilidad de los recursos humanos para la salud para atender pacientes con la enfermedad por el coronavirus del 2019 en el subsistema público de salud en Perú

Mecanismo	Agosto del 2020	Diciembre del 2020
Reclutados mediante CAS-COVID <sup>1</sup>	26 952	44 207
Reasignados <sup>2</sup>	80 202	n.d.
SERUMS (2020 – I) <sup>2</sup>	5048	n.d.
Servicios complementarios del personal de salud de la dotación existente previo COVID-19 de los establecimientos (extensiones horarias) <sup>2</sup>	11 662	n.d.
Cooperación internacional <sup>2</sup>	92	92

CAS-COVID: contrato de administración de servicios; COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; n.d.: datos no disponibles; SERUMS: Servicio rural y urbano marginal en salud.

**Fuentes:**

1 Ministerio de Salud. Observatorio de RHS de la Dirección General de Personal de la Salud. Lima: DIGEP; 2020. Disponible en <http://digep.minsa.gob.pe/>.

2 Respuestas del Ministerio de Salud de Perú al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibidas el 21 de octubre y el 3 de diciembre del 2020.

necesidad. El Gobierno de Perú asumió los costos por el apoyo de la Brigada cubana. El MS Perú también recibió un apoyo de la ONG Médicos sin fronteras, con personal médico (5 profesionales) y de enfermería (2 profesionales), que intervinieron sobre todo en la región del Amazonas.

En el cuadro 42 se muestran los mecanismos con disponibilidad de información. La principal dificultad para reclutar personal de salud adicional fue la insuficiencia de la oferta nacional, sobre todo de personal médico y profesionales de enfermería especialistas.<sup>168</sup>

Por otro lado, desde marzo del 2020, a través del Decreto de Urgencia N.º 026 (26), se implementan medidas como el otorgamiento de una bonificación extraordinaria al personal de salud del Estado, durante la emergencia de salud y hasta el 31 de diciembre del 2020 según el Decreto de Urgencia N.º 069 del 2020 (223). El monto de la bonificación extraordinaria fue establecido por el Decreto N.º 068 del 4 de abril del 2020, por un valor de S/ 720 mensuales (equivalentes a US\$ 201). Este decreto determina también los criterios de otorgamiento y procedimiento para la identificación de los beneficiarios. Su alcance incluye al sector público y EsSalud. Al mes de julio del 2020, 64,7%

del personal del sector público de salud recibió la bonificación (32). Esta medida se renueva en febrero del 2021 para los meses de febrero y marzo, con un valor de S/ 1440 (equivalentes a US\$ 402) para marzo (224).

También se definió un bono mensual extraordinario no remunerativo por labor efectiva del personal asistencial en los establecimientos dependientes de EsSalud, hasta el término de la emergencia de salud, con una ampliación del monto destinado en marzo de S/ 28 418 400 (equivalentes a US\$ 7 933 470) establecido en el Decreto de Urgencia N.º 026 (26) a S/ 78 757 873 (equivalentes a US\$ 21 986 573) en septiembre (225). Esta medida vuelve a renovarse en febrero del 2021 solo para el mes de marzo a través del Decreto de Urgencia N.º 022 (226). En el cuadro A5.9 del anexo 5 se puede consultar un resumen de las bonificaciones establecidas para el sector público (para más información, véanse los cuadros A5.10, A5.11 y A5.13 en el mismo anexo).

Por último, en marzo del 2020, por medio del Decreto de Urgencia N.º 026 (26), se estableció un subsidio estatal a EsSalud para financiar los subsidios de incapacidad laboral al personal de salud diagnosticado con COVID-19.

<sup>168</sup> Respuesta del Ministerio de Salud de Perú al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 21 de octubre 2020.

Todas las normativas relacionadas con las contrataciones, las remuneraciones, los bonos, los seguros, los EPP y la formación y capacitación provienen del nivel central. El nivel descentralizado decide sobre algunos aspectos remunerativos, la distribución y la capacitación del personal de salud.

El MS Perú instaló brigadas itinerantes conformadas por personal médicos, profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud, tanto de Perú (332 profesionales) como de Cuba (85 profesionales), para apoyar las zonas críticas del país que presentan más escasez de personal.

### 5.3.3. Protección y apoyo a los recursos humanos para la salud

El RHS es un grupo de alto riesgo vulnerable a las infecciones y a tener alteraciones de salud mental, al estar en la primera línea de atención en los servicios de salud. Esto requiere estrategias multidimensionales e integradas para abordar este problema de forma adecuada. En este apartado se muestran las actividades realizadas por Perú para abordar la protección y la seguridad del personal de salud.

#### 5.3.3.1. Seguridad y salud en el trabajo y prevención y control de infecciones

Desde la declaratoria de la emergencia de salud el 11 de marzo del 2020, el MS Perú ha expedido directrices dirigidas a proteger el personal de salud (para más información, véase el cuadro A5.14 del anexo 5). Por una parte, en cuanto a la seguridad y la salud en el trabajo se puso el foco en la provisión de los EPP, se efectuaron compras y se responsabilizó a las IPS para su entrega. Así mismo, se recibieron donaciones de EPP (para más información, véase el cuadro A5.17 del anexo 5). A pesar de esto, hubo un déficit hasta julio, más acentuado en la APS y en algunas regiones tales como Loreto y Piura, y por lo general más en los territorios rurales que en los urbanos.

Los establecimientos de salud deben proporcionar capacitación sobre el uso apropiado de EPP (227). En mayo del 2020 se conformó el comité de vigilancia

de asignación y uso de EPP y otros recursos para la atención de COVID-19 en cada IPS para promover la responsabilidad en el uso de los EPP, la estimación de necesidades, la mitigación de la escasez de EPP y notificar cualquier irregularidad (36). En julio se establece la aplicación de protocolos para el uso de máscaras faciales (228), y en julio se emite la Norma técnica de Salud N.º 161 relacionada con el uso de EPP.

Con respecto a la PCI, en marzo del 2020 se definió el monitoreo de atención a pacientes con COVID-19 y el monitoreo de síntomas como medidas de prevención y detección oportuna en el personal de salud (227). Como se mencionó, en abril se definieron grupos de riesgo en los RHS según la edad, la presencia de comorbilidades, embarazo o atención a niños pequeños, para que suspendieran sus labores (216) (para más información, véanse los cuadros A5.4, A5.5 y A5.6 del anexo 5). En mayo se establece que estos RHS sean reasignados a labores donde no se encuentren expuestos, como tareas de telemedicina (38). A través de la Resolución Ministerial N.º 375 del MS Perú, en junio se fortalecen las medidas de prevención, se prioriza la detección oportuna de COVID-19 en el personal de salud y se indica la aplicación de medidas de PCI en los establecimientos de salud. Con respecto a la realización de pruebas de detección viral en el personal de salud, a partir de mayo se estableció que se realizaría una prueba semanal en los miembros de los ERR (213).

El personal de salud está particularmente expuesto a los efectos negativos en la salud mental, tanto por la incertidumbre que se genera al enfrentarse a una patología nueva, como por la preocupación de exponer a su propia familia a enfermarse, a lo cual se pueden agregar la sobrecarga de trabajo en contextos de escasez de RHS.

En el caso de Perú, se reforzó de permanente los conocimientos y las competencias necesarias para maximizar la seguridad del personal, incluida la salud mental y el apoyo psicosocial, la seguridad física, el estrés y el seguimiento al uso de sustancias, a través de los comités de gestión ampliados y de las unidades de capacitación y de seguridad en el trabajo.<sup>169</sup>

169 Respuesta del Ministerio de Salud al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio, recibida el 21 de octubre 2020.

Además, mediante el Decreto de Urgencia N.º 032 del 25 de marzo del 2020 (43) se definió un seguro de vida para el personal contratado bajo la modalidad CAS, ampliado en abril a todo el personal que realiza labor asistencial en las entidades públicas en abril (229). Al mes de julio del 2020, 56,6% del personal de salud había recibido el beneficio del seguro de vida (32).

Por otra parte, se tomaron medidas para aumentar el bienestar del personal de salud, que se describen a continuación:

- Modificar los horarios laborales y alternar la programación en áreas destinadas a la atención de pacientes con COVID-19 y otras patologías diferentes de la COVID-19 y en áreas de hospitalización y ambulatorias.
- Brindar asesoramiento para la prevención del síndrome de desgaste profesional a cargo de las unidades intrahospitalarias de salud mental. En abril del 2020 se forman los equipos de acompañamiento psicossocial para el personal de salud (230), destinados a detectar al personal con agotamiento laboral para que reciba atención personalizada y se le otorgue descanso.
- Crear equipos humanitarios que se encargan del protocolo del trámite relacionado con los fallecimientos.
- Programar períodos para alimentación y descanso, con ampliación los servicios de comedor, dormitorios para el personal y áreas de descanso.
- En lo posible programar 10% más de personal para atender cualquier situación excepcional.<sup>170</sup>

El 5 de junio del 2020 se aprueba el Plan de salud mental (231) en el contexto de la pandemia de la COVID-19, que incluye acciones de promoción de la salud mental dirigidas a la población del territorio nacional, con foco en grupos específicos,

entre los que se incluye al personal de salud de primera línea.

Es importante resaltar que el 18 de junio del 2020 se reconoce la COVID-19 como una enfermedad laboral para el personal de salud, de acuerdo con la Ley N.º 31025 (232).

### 5.3.3.2. Capacitación

Las acciones de capacitación para el personal de salud han involucrado diferentes estrategias, tanto en modalidad virtual como presencial, a través de actores del sistema de salud (información en el cuadro A5.15). Entre ellas, se destaca el curso Telemedicina en el marco de la emergencia por COVID-19, dirigido al personal de salud y dictado por la Escuela Nacional de Salud pública. Al mes de julio del 2020 se había dictado dicho curso a más de 14 000 personas inscritas (233). Además, el Colegio Médico de Perú lanzó, junto con el MS Perú, el curso virtual gratuito Cuidado de la salud mental en el contexto de la COVID-19, dirigido a profesionales de la salud, para fortalecer las competencias técnicas en el cuidado de la salud mental, incluido el autocuidado (234). Asimismo, cuando se reasigna el personal a otras regiones, se le brinda capacitación en gestión del riesgo de desastres y organización para la respuesta en salud, alerta roja en el contexto de la COVID-19, a cargo de la Dirección general de gestión del riesgo de desastres y defensa nacional en salud del MS Perú (205, 235). También se ha reforzado la aplicación de pruebas de detección viral a través del laboratorio móvil Covid Maskaq (236).

De acuerdo con el MS Perú, a septiembre del 2020, 60% del personal de salud del sistema público recibió capacitación por parte de la Escuela Nacional de Salud Pública, en forma de cursos virtuales, y a través de Telesalud MS Perú, además de pasantías en áreas de UCI. También según el MS Perú, las ventajas de los recursos educativos utilizados son masivas, si bien no se evaluó si aportó realmente mejora en el personal.<sup>171</sup>

<sup>170</sup> *Ibidem*. No existe información sobre el resultado de esta medida.

<sup>171</sup> *Ibidem*.

### 5.3.3.3. Vacunación

El plan de vacunación de Perú fue elaborado por el MS Perú con la participación de sus direcciones generales (véase el cuadro A5.16 sobre legislación para la vacunación de los RHS). La fecha de la primera versión es del 20 de octubre del 2020 (49), cuando se estimó llegar a más de 22,2 millones de personas en tres fases, sobre una población total de 32,7 millones de personas (237), incluido el personal de salud de los sectores público y privado en la primera fase que, de acuerdo con el MS Perú serían 328 423 personas (238). Para evitar confusiones, el 4 de febrero del 2021 se especificó que se incluiría a toda persona que presta servicios de salud, independientemente de su vínculo laboral y contractual (239, 240).

El Gobierno de Perú, al 14 de febrero del 2021, ha realizado las siguientes gestiones para la adquisición de vacunas (241):

- **Laboratorio Sinopharm:** 38 millones de dosis en total, de las cuales las primeras 300 000 llegaron al país el domingo 7 de febrero del 2021. Las siguientes 700 000 llegaron el 13 de febrero del 2021.
- **Laboratorio AstraZeneca:** 14 millones ya acordados, que arribarán en el segundo semestre del 2021.
- **Laboratorio Pfizer:** 20 millones en total, de las cuales 250 000 llegan en el mes de marzo del 2021, y 300 000 en abril.
- **Mecanismo COVAX para el Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19:** a través de este mecanismo llegarán 13,2 millones de dosis, de las cuales 117 000 son del laboratorio Pfizer y 400 000 del laboratorio AstraZeneca en el primer trimestre del 2021.

El 26 de octubre del 2020 el MS Perú EsSalud, estableció que capacitaría a 25 000 equipos de profesionales para la inmunización contra la COVID-19 (242). Desde el 23 de noviembre del 2020 se empezó la capacitación de 12 477 profesionales de la salud, de los cuales 7004 tenían asignada el área de vacunación, y 5473 el monitoreo de la campaña

de vacunación. Este personal pertenece al MS Perú, las sanidades de las fuerzas militares, EsSalud, la Policía Nacional de Perú y el Sistema Metropolitano de La Solidaridad (Sisol) de Lima. Estas personas se agregan al personal de enfermería capacitado sobre la vacunación a través de un taller presencial de dos días de duración que tuvo lugar en diciembre del 2020 (243) y personal del Ejército que brindará soporte durante la vacunación contra la COVID-19 (244). Al mes de enero del 2021 se contaba con 9200 personas asignadas al plan de vacunación y se espera llegar a un total de 18 000 (245). También se capacitó al personal de establecimientos y direcciones de salud en la gestión y manejo de residuos sólidos generados por la vacunación contra la COVID-19, así como su identificación y clasificación para salvaguardar la integridad de la salud pública y ambiental (245). Por último, en enero del 2021, más de 4000 profesionales de la salud recibieron capacitación sobre cómo notificar de manera oportuna los eventos adversos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI) contra la COVID-19 (247) (cuadro 43).

La primera fase del plan nacional de vacunación contra la COVID-19 inició el martes 9 de febrero del 2021, con el objetivo de vacunar a 396 258 personas. Según el seguimiento del plan realizado por el MS Perú mediante el sitio web Distribución de vacunas (248), al 23 de febrero del 2021 se vacunó 46,92% de la población meta. El 21 de febrero del 2021 culminó la meta de vacunación con la primera dosis contra la COVID-19 a 141 375 miembros del personal de salud, con prioridad para quienes trabajan en UCI y en servicios de emergencias relacionados con la COVID-19 (249).

### 5.3.4. Financiamiento

Los países han utilizado diferentes formas de abordar la escasez de personal de salud para responder a la emergencia sanitaria. Al hacerlo, aumentaron notablemente las inversiones en RHS, EPP, kits de prueba e instalaciones de salud.

El financiamiento del costo adicional generado por la pandemia fue asumido por el Gobierno de Perú a través de distintos mecanismos, conforme a las facultades especiales otorgadas en los decretos

**Cuadro 43.** Capacitación para el plan de vacunación contra la enfermedad por el coronavirus del 2019 en Perú

Tema de capacitación	Personal capacitado al mes de enero del 2020
Vacunación	7004 profesionales de la salud Sin información sobre el número de profesionales de enfermería En total: 9200 personas asignadas a las tareas de vacunación
Monitoreo de campaña de vacunación	5473 profesionales de la salud
Apoyo para la vacunación	10 000 miembros de las Fuerzas Armadas
Manejo de residuos sólidos	Sin información
Identificación de ESAVI	4000 profesionales de la salud

ESAVI: eventos adversos supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización.

**Fuentes:** Ministerio de Salud. Minsa inicia capacitación a profesionales que se encargarán de la vacunación contra la COVID-19. Nota de prensa, 23 de noviembre del 2020. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/315688-minsa-inicia-capacitacion-a-profesionales-que-se-encargarán-de-la-vacunacion-contra-la-covid-19>; Ministerio de Salud. Digesa capacita a profesionales en gestión y manejo de residuos sólidos para vacunación contra la COVID-19. Nota de prensa, 24 de noviembre del 2020. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/315792-digesa-capacita-a-profesionales-en-gestion-y-manejo-de-residuos-solidos-para-vacunacion-contra-la-covid-19>; Ministerio de Salud. Digemid capacitó a profesionales de la salud para notificación de eventos adversos relacionados a vacunas COVID-19. Nota de prensa, 25 de enero del 2021. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/326295-digemid-capacito-a-profesionales-de-la-salud-para-notificacion-de-eventos-adversos-relacionados-a-vacunas-covid-19>.

**Cuadro 44.** Financiamiento del costo adicional de las medidas dirigidas a los recursos humanos para la salud del subsistema público en Perú

Rubro	Soles	US\$
Contratación adicional de los RHS a través de CAS-COVID-19 hasta diciembre del 2020 <sup>1</sup>	2 328 001 638	649 900 457
Equipos de protección personal <sup>2</sup>	100 000 000	27 721 400,00
Continuidad y fortalecimiento de los actuales servicios de salud mental comunitaria <sup>2</sup>	18 903 784	5 240 383,60
Bonificación extraordinaria de S/ 720 (US\$ 201) otorgada a 156 025 integrantes del personal de salud del sector público <sup>1</sup>	919 501 422	256 694 147

CAS-COVID: contrato de administración de servicios como respuesta a la COVID-19; RHS: recursos humanos para la salud; S/: soles; US\$: dólares estadounidenses.

**Fuentes:**

1 Respuesta del Ministerio de Salud de Perú al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 31 de marzo del 2021. Datos a diciembre del 2020.

2 Respuesta del Ministerio de Salud de Perú al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 21 de octubre 2020. Datos a agosto del 2020.

de emergencia sanitaria (cuadro 44). Estos mecanismos se describen a continuación (para más información, véase el cuadro A5.18 del anexo 5):

- Transferencias directas realizadas por el Ministerio de Economía y Finanzas.
- Transferencia de partidas en el presupuesto del sector público para el año fiscal 2020, con cargo a los recursos de la reserva de contingencia.
- Autorizaciones a las entidades del sector salud para la habilitación de recursos económicos de diferentes partidas,

para financiar la partida presupuestaria relacionada con las actividades durante la pandemia de COVID-19.

Las dificultades y los desafíos de financiamiento y disponibilidad de RHS para la pandemia se centran en las brechas de personal de salud anteriores a la llegada de la COVID-19 a Perú, debido a dificultades de financiamiento preexistentes. Estas tienen como efecto, entre otros, que no ha permitido que se incremente el número de plazas para la formación de médicos especialistas por el presupuesto asignado a las residencias médicas.<sup>172</sup>

172 Respuesta del Ministerio de Salud de Perú al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 21 de octubre 2020.

## 5.4. Conclusiones y desafíos

En el cuadro 45 se resumen las estrategias y los mecanismos utilizados en Perú para fortalecer los RHS y dar respuesta a la pandemia, en términos de disponibilidad, capacitación, protección, bienestar y remuneración.

**Cuadro 45.** Estrategias y mecanismos para abordar aspectos relacionados a los recursos humanos para la salud para responder a la pandemia de la enfermedad por el coronavirus del 2019 en Perú

Estrategia	Mecanismo de implementación
<b>Pilar 1. Preparación para dar respuesta inicial a la emergencia de salud</b>	
<b>Estimación de necesidades de RHS para la respuesta inicial a la COVID-19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requerimiento de contratación de RHS de 2610 profesionales de la salud y 270 no asistenciales para ejecutar acciones para la atención de casos con diagnóstico presuntivo, probable y confirmado en los establecimientos públicos por un período de 3 meses.</li> <li>• Desde abril del 2020 se estableció la necesidad de definir grupos de riesgo en el personal de salud para la suspensión inmediata de sus labores.</li> <li>• Al mes de agosto del 2020, en los grupos de riesgo había 30 486 personas (14,9%) del personal de salud del sector público.</li> <li>• El personal administrativo (33%) y los técnicos asistenciales (27%) constituyen los grupos con mayor porcentaje de personas que presentan riesgos, seguidos del personal médico (13%) y profesionales de enfermería (12%)</li> </ul>
<b>Pilar 2. Fortalecimiento de los RHS para aumentar la capacidad de respuesta del sistema de salud</b>	
<b>Aumentar la disponibilidad de RHS en atención a los casos con diagnóstico presuntivo, probable y confirmado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se utilizaron mecanismos para aumentar la capacidad de los RHS, enfocados en:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de reclutados mediante la eliminación de requisitos para la contratación (CAS) (41 322 personas al mes de diciembre del 2020) y el aumento de la remuneración (CAS-COVID) (2885 personas al mes de diciembre del 2020).</li> <li>• Reasignación de personal asistencial de servicios no relacionados con la atención de la COVID-19 a servicios relacionados con la atención de la COVID-19 (80 202 personas al mes de agosto del 2020).</li> <li>• Aprovechamiento del personal en proceso de culminación de la formación a través de SERUMS, residencias médicas e internado (5048 personas al mes de agosto del 2020).</li> <li>• Servicios complementarios (horas extra) del personal de salud de la dotación existente en los establecimientos antes de la pandemia de COVID-19 (11 662 personas al mes de agosto del 2020).</li> <li>• Autorización para que profesionales extranjeros o nacionales que hayan estudiado en el extranjero ejerzan la profesión sin validación de títulos.</li> <li>• Cooperación internacional (92 personas al mes de diciembre del 2020).</li> </ul> </li> </ul>
<b>Aumentar la disponibilidad de RHS para las unidades de cuidado intensivo y hospitalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación de más UCI a personal médico intensivista, con el apoyo de personal médico de otras especialidades.</li> <li>• Gestión centralizada de camas hospitalarias y UCI que aplica a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, por parte del MS Perú.</li> </ul>
<b>Mejora en las condiciones de trabajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de vida (56,6% de los RHS del sector público beneficiados al mes de julio del 2020).</li> <li>• Bono COVID-19 por un valor de S/ 720 mensuales (64,7% de los RHS del sector público beneficiados al mes de julio del 2020).</li> </ul>

Estrategia	Mecanismo de implementación
<b>Definir nuevas competencias para los RHS para la prevención y tratamiento de la COVID-19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitaciones al personal de salud sobre prevención, control, diagnóstico y tratamiento de la COVID-19</li> <li>• Desarrollo de competencias en el personal de salud a través de telecapacitación en el uso de EPP y TIC.</li> </ul>
<b>Seguridad y salud en el trabajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pautas para prevenir la infección por SARS-CoV-2 en las instalaciones de salud, incluida la importancia de hacer pruebas de detección en los RHS, de disponer de EPP, y de capacitación del personal de salud.</li> <li>• Aplicación de pruebas a los equipos de respuesta rápida cada semana.</li> <li>• Reconocer la COVID-19 como una enfermedad laboral para el personal de salud.</li> <li>• Detección de los grupos de riesgo por edad, presencia de comorbilidades, embarazo y atención a niños pequeños para que, al inicio, cesaran las tareas asistenciales y luego fueran reasignados a realizar actividades de menor exposición al SARS-CoV-2, como telemedicina.</li> <li>• Monitoreo de síntomas.</li> <li>• Plan de salud mental.</li> <li>• Medidas para aumentar el bienestar relacionadas con la alimentación y el descanso.</li> </ul>
<b>Pilar 3. Revisión y actualización de medidas</b>	
<b>Mantener la disponibilidad de los RHS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de respuesta a la segunda ola de la COVID-19.</li> <li>• Plan de vacunación con prioridad para los RHS.</li> <li>• Ampliación del Bono COVID-19.</li> </ul>

COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; EPP: equipos de protección personal; RHS: recursos humanos para la salud; SARS-CoV-2: coronavirus del tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave; SERUMS: Servicio rural y urbano marginal en salud; TIC: tecnologías de la información y de la comunicación; UCI: unidades de cuidado intensivo.

## 5.5. Tareas futuras

La mayoría de las medidas tomadas tienen relación con la emergencia de salud causada por la COVID-19. Por este motivo, se debe planificar cómo mantener la fuerza de trabajo contratada durante el brote de la COVID-19, específicamente en el sector público, en una modalidad de contratación o nombramiento que permita su redistribución en caso necesario y mantener las mejoras laborales implementadas. Esto se dificulta aún más por la falta de presupuesto, puesto que ha sido el obstáculo principal para cumplir los compromisos adquiridos antes de la pandemia como efectivizar la tercera etapa de aumento salarial (250).

Lo anterior se torna de carácter indispensable cuando se reconoce que el verdadero recurso limitante para un servicio de salud oportuno y de calidad, que es el recurso humano. Este debe protegerse con una política salarial y de bienestar adecuada. Un camino para lograrlo es la aprobación de la carrera sanitaria.

Por último, es necesario planificar el cierre de brechas de RHS, tanto en número como en competencias.





# Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Weekly epidemiological update on COVID-19. Ginebra: OMS; 30 de marzo del 2021. Disponible en <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19--31-march-2021>.
2. Organización Mundial de la Salud. Políticas y gestión en materia de personal sanitario en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19: orientaciones provisionales, 3 de diciembre del 2020. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341554/WHO-2019-nCoV-health\\_workforce-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341554/WHO-2019-nCoV-health_workforce-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: fuerza laboral 2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Cerca de 570.000 trabajadores de la salud se han infectado y 2.500 han muerto por COVID-19 en las Américas. Washington D.C.: OPS; 2021. Disponible en <https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2020-cerca-570000-trabajadores-salud-se-han-infectado-2500-han-muerto-por-covid-19>.
5. Organización Mundial de la Salud. Portal de datos de las cuentas nacionales del personal de salud de la OMS. Ginebra: OMS. Disponible en <https://www.observatoriorh.org/es/cuentas-nacionales-del-personal-de-salud-de-la-oms>.
6. Ministerio de Salud de Chile. Informe epidemiológico, 25 de septiembre del 2020. Características del personal de salud confirmados con COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/Personal-de-Salud-Covid-3092020.pdf>.
7. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de). Reporte N.º 394, 14 de abril del 2021. Reporte de COVID-19 en Bolivia. La Paz: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en <https://www.minsalud.gob.bo/es/5452-reporte-covid-19-1-099-nuevos-casos-9-221-pruebas-negativas-y-465-896-dosis-de-la-vacuna-contra-el-virus-fueron-aplicadas-hasta-la-fecha>.
8. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de). Estrategia de vigilancia comunitaria: plan de contención, mitigación y recuperación post confinamiento en respuesta a la COVID-19. La Paz: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/?task=download.send&id=550&catid=30&m=0&Itemid=646>.
9. Ministerio de Salud de Chile. Informe epidemiológico, 12 de enero del 2021. Características del personal de salud confirmados y probables de COVID-19. Santiago de Chile: MS Chile; 2021. Disponible en [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21\\_Informe-PS-COVID-19.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21_Informe-PS-COVID-19.pdf).
10. Instituto Nacional de Salud. Boletín N.º 56, 10 de diciembre del 2020. COVID-19 en personal de salud en Colombia. Bogotá: INS; 2020. Disponible en <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-personal-salud.aspx>.
11. Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Comportamiento de la COVID-19 en Ecuador. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2021. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/coronavirus-covid19-ecuador/>.
12. Decreto Presidencial 538/2020, del 12 de abril, por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica. Bogotá: Presidencia de la República de Colombia; 2020. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%20538%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20538%20de%202020.pdf).
13. Decreto Ejecutivo 1165/2020, del 5 de octubre. Reglamento General de la Ley Orgánica de Apoyo Humanitario. Quito: Presidencia de la República de Ecuador; 2020. Disponible en [https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/10/reglamento\\_general\\_ley\\_organica\\_apoyo\\_humano\\_oct2020.pdf](https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/10/reglamento_general_ley_organica_apoyo_humano_oct2020.pdf).
14. Valdés PR. Ataque al personal de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. Acta Medica Colombiana. 2020;45(3). Disponible en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-24482020000300055](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482020000300055).
15. Ministerio de Salud de Chile. Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: Estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Estrategia-Testeo-Trazabilidad-y-Aislamiento.pdf>.
16. Ministerio de Salud de Perú. Nota de prensa. MINSA instalará 17 CRAT en nueve distritos de la zona norte de Lima para el descarte y atención de COVID-19. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/300647-minsa-instalara-17-crat-en-nueve-distritos-de-la-zonanorte-de-lima-para-el-descarte-y-atencion-de-covid-19>.
17. Ministerio de Salud de Chile. Brechas de personal de salud por servicios de salud y especialidad. Santiago: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://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>.
18. Ministerio de Salud de Ecuador. El MSP optimiza recursos para contratar a 2850 profesionales de salud. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2020. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/el-msp-optimiza-recursos-para-contratar-a-2-850-profesionales-de-salud/>.
19. Ministerio de Salud de Colombia. 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; 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/estimaciones-thcovid19.pdf>.
20. 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; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/460469-010-2020-sa>.
21. Ministerio de Salud de Colombia. Plan de acción para la prestación de servicio de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19). Bogotá: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS01.pdf>.

22. Ministerio de Salud de Colombia. Boletín de prensa n.º 527. Gobierno Nacional y Ascofame diseñaron curso multidisciplinario para manejo de pacientes COVID-19. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-Nacional-y-Ascofame-disenaron-curso-multidisciplinario-para-manejo-de-pacientes-covid-19-.aspx>.
23. Exenta N.º 182. Establece modalidad de trabajo que indica, para los funcionario y funcionarias de las divisiones del Ministerio de Salud, gabinetes y Seremios de salud, en el marco del COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <http://confenats.cl/wp/wp-content/uploads/2020/03/Res.-Exenta-182-2020.pdf>.
24. Ordinario 718/2020. Imparte instrucciones en el marco de la Alerta Sanitaria por el brote de coronavirus COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en [http://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](http://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).
25. Ministerio de Salud de Chile. 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 de la Organización Panamericana de la Salud, Programa Subregional para América del Sur. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2020/web\\_sur\\_jul/3\\_chile.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2020/web_sur_jul/3_chile.pdf).
26. 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 de Perú; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/presidencia/normas-legales/460471-026-2020>.
27. Ley 21.306/2020. 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; 2020. Disponible en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1154076>.
28. Ministerio de Salud de Chile. Presidente Piñera anuncia promulgación de bono para personal de la salud por pandemia de COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/presidente-pinera-anuncia-promulgacion-de-bono-para-personal-de-la-salud-por-pandemia-de-covid-19/>.
29. Ministerio de Salud de Colombia. Boletín de Prensa N.º 833. El reconocimiento al talento humano en salud es una realidad. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-reconocimiento-al-talento-humano-en-salud-es-una-realidad.aspx>.
30. Resolución 1774/2020. 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; 2020. Disponible en [https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/resolucion\\_minsaludps\\_1774\\_2020.htm](https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/resolucion_minsaludps_1774_2020.htm).
31. Infobae. Ecuador dará un bono de 200 dólares al personal de la primera línea en la lucha contra el COVID-19. 6 de febrero de 2021. Disponible en <https://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/>.
32. Huamán Angulo LA. La respuesta al COVID-19 desde el campo de los RHUS. Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud. Webinar de la OPS; 2020. Disponible en [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2020/web\\_sur\\_jul/5\\_peru.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2020/web_sur_jul/5_peru.pdf).
33. Pérez Cuevas R, Doubova S. Los retos del personal de salud ante la pandemia de COVID-19: pandemiónium, precariedad y paranoia. 18 de mayo del 2020. Gente saludable. Disponible en <https://blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus/>.
34. Circular C37/2020 N.º 2. Complementa correcto uso de equipos de protección personal en contexto de pandemia de COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/03-abr-Circular-2-Racionalizacion-uso-EPP-en-contexto-atencion-pacientes-durante-pandemia.pdf>.
35. Resolución Ministerial 316/2020. Comité de vigilancia de asignación y uso de equipos de protección personal. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/587393-316-2020-minsa>.
36. Resolución 779/2020. Por la cual se formaliza la estrategia de respuesta sanitaria adoptada para enfrentar la pandemia por SARS-CoV-2 (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; 2020. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20779%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20779%20de%202020.pdf).
37. Ministerio de Salud de Chile. Ministerio de Salud destaca inicio de testeos rápidos en funcionarios de salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-destaca-inicio-de-testeos-rapidos-en-funcionarios-de-salud/>.
38. Resolución Ministerial 254/2020. Manejo de personas afectadas por COVID-19 en áreas de atención crítica. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/686689/R.M.\\_254-2020-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/686689/R.M._254-2020-MINSA.PDF).
39. 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 de Chile: Superintendencia de Seguridad Social; 2020. Disponible en <https://www.suseso.cl/612/w3-article-589773.html>.
40. Decreto 676/2020. Por el cual se incorpora una enfermedad directa a la tabla de enfermedades laborales y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de Trabajo; 2020. Disponible en <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20676%20DEL%2019%20DE%20MAYO%20DE%202020.pdf>.
41. Decreto Supremo 4217/2020. Autoriza la contratación de un seguro para los profesionales y trabajadores en salud relacionados con COVID-19. La Paz: Ministerio de Gobierno; 2020. Disponible en [http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar\\_comp/\(COVID-19\)/page:3](http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar_comp/(COVID-19)/page:3).
42. Ministerio de Salud de Chile. Autoridades de Salud suscriben acuerdo para la entrega de seguro a trabajadores por COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/autoridades-de-salud-suscriben-acuerdo-para-la-entrega-de-seguro-a-trabajadores-por-covid-19/>.
43. Decreto de Urgencia 032/2020. 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; 2020. <https://www.gob.pe/institucion/mef/normas-legales/462528-032-2020>.

44. Ministerio de Salud de Colombia. Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19. Bogotá: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/Paginas/Vacunacion-covid-19.aspx>.
45. Exenta 136/2021. Complementa Resolución Exenta N.º 1138/2020 del Ministerio de Salud, que aprueba lineamientos técnico operativos vacunación SARS-CoV-2. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/RES-EXENTA-N-136\\_.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/RES-EXENTA-N-136_.pdf).
46. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de). Plan para la vacunación contra el coronavirus. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2021. Disponible en <https://oiss.org/wp-content/uploads/2021/04/PLAN-DE-VACUNA-COVID19.pdf>.
47. Ministerio de Salud de Colombia. Boletín de Prensa N.º 294. IPS deben fortalecer su red de vacunación. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2021. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/IPS-deben-fortalecer-su-red-de-vacunacion.aspx>.
48. Ministerio de Salud de Ecuador. Plan de Trabajo Vacunación COVID-19 Ecuador 2020-2021. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2021. Disponible en [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/DOCUMENTO-PLAN-DE-VACUNACION-CC%81N-ECUADOR-VS-FINAL\\_r.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/DOCUMENTO-PLAN-DE-VACUNACION-CC%81N-ECUADOR-VS-FINAL_r.pdf).
49. Resolución Ministerial 848/2020-MINSA. Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1293043-848-2020-minsa>.
50. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de). Dirección General de Planificación: misión y visión. La Paz: MSD; 2017. Disponible en <https://www.minsalud.gob.bo/institucional/mision-y-vision>.
51. Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue. Plan estratégico de integración en salud 2018-2022 del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue. Lima: ORAS-CONHU; 2018. Disponible en <https://orasconhu.org/content/plan-estrategico-de-integracion-en-salud-2018-2022>.
52. Ledo C, Soria R. Sistema de salud de Bolivia. Salud Publica México. 2011;53(2):109-119. Disponible en [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800007](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800007).
53. Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. Establecimientos de salud, según departamento y tipo de establecimiento, 1997-2019. La Paz: INE; 2020. Disponible en <https://www.ine.gob.bo/index.php/registros-administrativos-salud/>.
54. Tejerina Silva H. Atención primaria de salud en Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador y Venezuela: ¿transición hacia la atención primaria integral? En: Atención Primaria de Salud en Suramérica. Río de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2015. Disponible en [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/07/livro\\_atencao\\_primaria\\_de\\_saude\\_2015\\_esp-2-1.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/07/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2-1.pdf).
55. Tejerina Silva H. Mapeo y análisis de atención primaria a la salud en Bolivia. En: Obtenido de Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria a la Salud en los países de América del Sur: Río de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Unión de Naciones Suramericanas; 2014. Disponible en <https://1library.co/document/qvrrdmgy-mapeo-analisis-modelos-atencion-primaria-salud-paises-america.html>.
56. Decreto Supremo N.º 28909/2006. Estatuto de los trabajadores de Salud Pública. La Paz: Presidencia de la República; 2006. Disponible en <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar/28909/2006>.
57. Organización Panamericana de la Salud. El proceso de construcción de las carreras sanitarias en la Región de las Américas: análisis de situación y perspectivas de la cooperación técnica. Washington D.C.: OPS; 2006. Disponible en [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/proc\\_construc\\_carre\\_sanita.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/proc_construc_carre_sanita.pdf).
58. Ley 031/2020, del 19 de julio. Ley marco de autonomías y descentralización. La Paz: Presidencia de la República; 2020. Disponible en <http://www.planificacion.gob.bo/uploads/marco-legal/Ley%20N%C2%B0%20031%20DE%20AUTONOMIAS%20Y%20DESCENTRALIZACION.pdf>.
59. Organización Panamericana de la Salud. Informe de país: Bolivia. Washington D.C.: OPS; 2017. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34321>.
60. Decreto Supremo 4174/2020, del 14 de marzo. Autoriza de manera excepcional, efectuar la contratación directa para la prevención, control y atención de la "emergencia de salud pública de importancia internacional" provocada por el coronavirus (COVID-19). La Paz: Presidencia de la República; 2020. Disponible en <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar/4174>.
61. Decreto Supremo 4196/2020, del 17 de marzo. Declarar emergencia sanitaria nacional y cuarentena en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, contra el brote del Coronavirus (COVID-19). La Paz: Presidencia de la República; 2020. Disponible en <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar/4196>.
62. Claros L. Los médicos eligen a Larrea y suspenden huelga; el MAS descalifica al galeno. Los Tiempos, 10 de abril del 2021. Disponible en <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20210410/medicos-eligen-larrea-suspenden-huelga-mas-descalifica-al-galeno>.
63. [Swissinfo.ch](https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-bolivia_m%C3%A9dicos-bolivianos-cumplen-paro-de-24-horas-entre-advertencias-del-gobierno/46601088). Médicos bolivianos cumplen paro de 24 horas entre advertencias del Gobierno. 7 de mayo del 2021. Disponible en [https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-bolivia\\_m%C3%A9dicos-bolivianos-cumplen-paro-de-24-horas-entre-advertencias-del-gobierno/46601088](https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-bolivia_m%C3%A9dicos-bolivianos-cumplen-paro-de-24-horas-entre-advertencias-del-gobierno/46601088).
64. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de). Boletín informativo, semana 1, del lunes 20 al domingo 26 de abril. Estrategia nacional de salud en respuesta al COVID-19. La Paz: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/?task=download.send&id=410&catid=28&m=0&Itemid=646>.
65. Decreto Supremo 4257/2020, de 4 de junio. Modifica el Decreto Supremo 29894, de 7 de febrero de 2009, Organización del Órgano Ejecutivo. La Paz: Presidencia de la República; 2020. Disponible en <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/edicions/view/1275NEC>.
66. Resolución 182/2020, del 17 de marzo. Establece modalidad de trabajo que indica, para funcionarios y funcionarias de las divisiones del Ministerio de Salud, Gabinetes y Seremis de Salud, en el marco del brote de COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.colegio-farmacaceutico.cl/index.php/noticias-nacionales/coronavirus-informate/informacion-del-gobierno/3484-resolucion-exenta-182-17-de-marzo-de-2020>.
67. Molina F. Cuando se debe enfrentar la epidemia "Sin Estado": Bolivia ante el coronavirus. Madrid: Fundación Carolina; 2020. Disponible en <https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2020/04/AC-15.2020.pdf>.

68. Decreto Supremo 4224/2020, del 24 de abril. Autoriza a la Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico - AISEM, mientras dure la declaratoria de emergencia sanitaria nacional, realizar las siguientes actividades. La Paz: Presidencia de la República; 2020. Disponible en <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar/4224>.
69. Ley 1298/2020, del 20 de mayo. Eleva a rango de Ley el Decreto Supremo N.º 4204 de 1 de abril del 2020. La Paz: Presidencia de la república; 2020. Disponible en <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar/4204>.
70. Marquez A. Egresados de salud participarán de la Vigilancia Comunitaria. Ahora el Pueblo; 29 de septiembre del 2020. Disponible en <https://www.ahoraelpueblo.bo/egresados-de-salud-participaran-de-la-vigilancia-comunitaria/>.
71. Decreto 104/2020, del 18 de marzo. Declara Estado de Excepción Constitucional de Catástrofe, por calamidad pública, en el territorio de Chile. Santiago de Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública; 2020. Disponible en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1143580>.
72. Decreto Supremo 4245, del 28 de mayo del 2020. La Paz: Presidencia de la República; 2020. Disponible en <https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-N4245.html>.
73. Presidencia de la República. Bolivia segura, 2020 (aplicación móvil). Disponible en [www.boliviasegura.gob.bo](http://www.boliviasegura.gob.bo).
74. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de). Gobierno presenta el registro único de vacunación contra la COVID-19. La Paz: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en <https://www.minsalud.gob.bo/5412-gobierno-presenta-el-registro-unico-de-vacunacion-contra-la-covid-19>.
75. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de). Reporte COVID-19 en Bolivia N.º 393, 12 de abril del 2021. La Paz: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en <https://www.minsalud.gob.bo/5449-reporte-epidemiologico-989-casos-positivos-de-covid-19-8-627-pruebas-negativas-y-447-417-dosis-de-la-vacuna-contra-el-virus-fueron-aplicadas-hasta-la-fecha>.
76. Colegio Médico de Chile. Catastro elementos de protección personal. Santiago de Chile: Colegio Médico de Chile; 2020. Disponible en <http://www.colegiomedico.cl/catastro-elementos-de-proteccion-personal/>.
77. Pontificia Universidad Católica de Chile, Corporación Municipal de Renca. El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en los servicios de salud. Health Care Workers COVID-19 Study. Informe preliminar N.º 2 Chile. Ideación suicida. Santiago de Chile; 2020. Disponible en [https://medicina.ucc.cl/wp-content/uploads/2020/10/informe\\_n\\_2-ideacion-suicida.pdf](https://medicina.ucc.cl/wp-content/uploads/2020/10/informe_n_2-ideacion-suicida.pdf).
78. Ministerio de Salud. Preparación y respuesta frente a COVID-19 en Chile. Santiago de Chile: Cámara del Senado; 2020. Disponible en [https://www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=tramitacion&ac=getDocto&iddocto=8266&tipodoc=docto\\_comision](https://www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=tramitacion&ac=getDocto&iddocto=8266&tipodoc=docto_comision).
79. Ministerio de Salud. Hospital Digital capacita a más de 28 mil profesionales en cuidado de pacientes COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/hospital-digital-capacita-a-mas-de-28-mil-profesionales-en-cuidado-de-pacientes-covid-19/>.
80. Universidad de Chile. U. de Chile recluta a más de mil estudiantes para hacer seguimiento y trazabilidad de pacientes con COVID-19. Santiago de Chile: UC Chile; 2020. Disponible en <https://www.uchile.cl/noticias/164912/u-chile-convoca-a-su-comunidad-para-hacer-seguimiento-y-trazabilidad>.
81. Gobierno de Chile. Presidente Piñera presenta detalles del plan de inoculación contra el COVID-19: "Los contratos suscritos nos permitirían distribuir durante el primer semestre del próximo año 20 millones de dosis de vacunas". Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2020. Disponible en <https://www.gob.cl/noticias/presidente-pinera-presenta-detalles-del-plan-de-inoculacion-contra-el-covid-19-los-contratos-suscritos-nos-permitiran-distribuir-durante-el-primer-semestre-del-proximo-ano-20-millones-de-dosis-de-vacunas/>.
82. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud: estructura y funciones. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, s.f. Disponible en <https://saludresponde.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/Presentacion-estructura-minsal.pdf>.
83. Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Santiago de Chile: Facultad de Medicina Clínica Alemana; 2019. Disponible en <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>.
84. Ley 16744/1968, del 23 de enero. Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Santiago de Chile: Ministerio de Trabajo y Previsión Social; 1968. Disponible en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=28650>.
85. Ministerio de Salud. Planificación: vacunación contra SARS-CoV-2. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/Planificaci%C3%B3n-vacunaci%C3%B3n-contra-SARS-CoV-2-02-02-2021.pdf>.
86. Superintendencia de Salud. Estadísticas de prestadores individuales de salud. Santiago de Chile: Superintendencia de Salud; 2019. Disponible en [https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-18219\\_recurso\\_1.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-18219_recurso_1.pdf).
87. Ministerio de Salud. Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2017. Disponible en [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico\\_Abril2017.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Abril2017.pdf).
88. Ministerio de Salud. Experiencia de Chile: la respuesta a la COVID-19 desde los recursos humanos de salud. Webinar de la Organización Panamericana de la Salud, Programa Subregional para América del Sur. Disponible en [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2020/web\\_sur\\_jul/3\\_chile.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2020/web_sur_jul/3_chile.pdf).
89. Senado de la República de Chile. Preparación y respuesta frente a COVID-19 en Chile. Santiago de Chile: Senado de la República de Chile; 2020. Disponible en [https://www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=comisiones&ac=sesiones\\_celebradas&idcomision=195&tipo=3&legi=0&ano=2020&desde=0&hasta=0&comi\\_nombre=de\\_Salud&idsesion=14791&idpunto=0&fecha=03/03/2020&inicio=10:30&termino=12:00&lugar=Sala%2011,%20Valpara%C3%ADso.&listado=2](https://www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=comisiones&ac=sesiones_celebradas&idcomision=195&tipo=3&legi=0&ano=2020&desde=0&hasta=0&comi_nombre=de_Salud&idsesion=14791&idpunto=0&fecha=03/03/2020&inicio=10:30&termino=12:00&lugar=Sala%2011,%20Valpara%C3%ADso.&listado=2).
90. Boletín N.º 2. COVID-2019: Plan acción coronavirus del Ministerio de Salud. Santiago de Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 17 de marzo del 2020. Disponible en [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/78996/3/BCN\\_Boletin\\_2\\_coronavirus\\_FINAL.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/78996/3/BCN_Boletin_2_coronavirus_FINAL.pdf).
91. Decreto 4/2020, del 5 de febrero. Declara alerta sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por brote del nuevo coronavirus (2019-NCOV). Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2020/02/08/42574/01/1724518.pdf>.

92. Ministerio de Salud. Bono Trato Usuario Tramo 1 para funcionarios de la salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 5 de diciembre del 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/bono-trato-usuario-tramo-1-para-funcionarios-de-la-salud/>.
93. Decreto de Urgencia 010/2020-SA, del 14 de marzo. Por el cual se aprueba el 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; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/460469-010-2020-sa>.
94. Decreto 6/2020, del 6 de marzo. Modifica Decreto N.º 4/2020 del Ministerio de Salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/1737786.pdf>.
95. Resolución 203/2020, del 24 de marzo. Dispone medidas sanitarias que indica por brote de COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1143703>.
96. Resolución 419/2020, del 4 de junio. Establece los requisitos que indica para las residencias sanitarias. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1146286>.
97. Ministerio de Salud, División de Inversión y Desarrollo de la Red Asistencial. Guía metodológica para estudios de preinversión hospitalaria. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2001. Disponible en <https://docplayer.es/109421424-Guia-metodologica-para-estudios-de-preinversion-hospitalaria.html>.
98. Ministerio de Salud, División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Guía metodológica. Módulo de recursos humanos. En: Estudios de preinversión hospitalaria. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 2016.
99. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la planificación y programación en red. Publicación anual destinada a los servicios de salud y establecimientos de la red asistencial pública. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Disponible en <https://www.minsal.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red/>.
100. Decreto 725/1967, del 11 de diciembre. Código Sanitario. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 1967. Disponible en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=5595>.
101. Ordinario 715/2020, del 20 de marzo. Establece mecanismos para disponer de refuerzos y personal adicional en el marco de la alerta sanitaria por brote del coronavirus COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en [http://www.sirh.cl/sites/default/files/biblioteca/ord\\_n\\_715\\_del\\_20.03.2020\\_establece\\_mecanismos\\_para\\_disponer\\_de\\_refuerzos\\_y\\_personal\\_adicional\\_en\\_el\\_marco\\_de\\_alerta\\_sanitaria\\_por\\_brote\\_covid\\_19.pdf](http://www.sirh.cl/sites/default/files/biblioteca/ord_n_715_del_20.03.2020_establece_mecanismos_para_disponer_de_refuerzos_y_personal_adicional_en_el_marco_de_alerta_sanitaria_por_brote_covid_19.pdf).
102. Decreto con Fuerza de Ley 29/2004, del 16 de junio. Fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N.º 18.834, sobre Estatuto Administrativo. Santiago de Chile: Ministerio de Hacienda; 2004. Disponible en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=236392>.
103. Ordinario 714/2020, del 20 de marzo. Instruye medidas sobre profesionales en ciclo de destinación y formación e internos de medicina. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en [http://www.sirh.cl/sites/default/files/biblioteca/ord\\_n\\_714\\_del\\_20.03.2020\\_instruye\\_medidas\\_sobre\\_profesionales\\_en\\_ciclo\\_de\\_destinacion\\_y\\_formacion\\_e\\_internos\\_de\\_medicina.pdf](http://www.sirh.cl/sites/default/files/biblioteca/ord_n_714_del_20.03.2020_instruye_medidas_sobre_profesionales_en_ciclo_de_destinacion_y_formacion_e_internos_de_medicina.pdf).
104. Organización Panamericana de la Salud. Revisión de regulaciones y normativas de recursos humanos de salud en países de la Región de las Américas. En proceso de publicación en el Observatorio Regional de Recursos Humanos de la OPS. Washington D.C.: OPS; 2020.
105. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud y Servicio Civil lanzan portal para convocar a profesionales y técnicos en salud para combatir COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 24 de abril del 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-y-servicio-civil-lanzan-portal-para-convocar-a-profesionales-y-tecnicos-en-salud-para-combatir-covid-19/>.
106. Servicio Civil de Chile. Yo sirvo a mi país. Disponible en <https://yosirvoamipais.cl/>.
107. Oficio CP 1553/2020, del 22 de enero. Alerta y refuerzo ante brote de 2019-nCoV. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/01/Ord-1553-Alerta-y-refuerzo-ante-brote-de-2019-nCoV-en-China.pdf>.
108. Ministerio de Salud. Subsecretario de redes asistenciales asegura stock adicional de elementos de protección personal en fase de preparación por nuevo coronavirus. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 5 de febrero del 2020. Disponible en <https://www.Minsal.Cl/Subsecretario-De-Redes-Asistenciales-Asegura-Stock-Adicional-De-Elementos-De-Proteccion-Personal-En-Fase-De-Preparacion-Por-Nuevo-Coronavirus/>.
109. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud amplía diagnóstico para Coronavirus COVID-19 a 6 hospitales. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 19 de febrero del 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-amplia-diagnostico-para-coronavirus-covid-19-a-6-hospitales/>.
110. Ministerio de Salud. COVID-19: Verifican despacho de elementos de protección personal para equipos de salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 18 de marzo del 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/covid-19-verifican-despacho-de-elementos-de-proteccion-personal-para-equipos-de-salud/>.
111. Ministerio de Salud. Autoridades de Salud constatan provisión de elementos de protección personal. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 7 de abril del 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/autoridades-de-salud-constatan-provision-de-elementos-de-proteccion-personal/>.
112. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud recibió importante donación de 100 mil unidades de solución de alcohol. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 10 de abril del 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-recibio-donacion-de-100-mil-unidades-de-solucion-de-alcohol/>.
113. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud recibe importante donación del Gobierno Chino. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 21 de abril del 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/ministro-de-salud-recibe-importante-donacion-del-gobierno-chino/>.
114. Orden B52 N.º 276, del 30 de enero del 2020. Actualización de alerta y refuerzo de vigilancia epidemiológica ante brote de 2019 nCoV. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/01/Ord-N%C2%BA-276-Actualizaci%C3%B3n-de-alerta-y-refuerzo-de-vigilancia-epidemiol%C3%B3gica-ante-brote-de-2019-nCoV.pdf>.
115. Circular 005/2020, del 20 de abril. Protocolo de reprocesamiento de respiradores de tipo N95 y FFP2 u otros equivalentes para atención clínica en el contexto de pandemia de COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/Circular-N5-del-29-de-abril-2020-Respiradores-tipoN95.pdf>.

116. Ministerio de Salud. 15 toneladas de elementos de protección personal y ventiladores llegan a Chile. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 23 de mayo del 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/15-toneladas-de-elementos-de-proteccion-personal-y-ventiladores-llegan-a-chile/>.
117. Ministerio de Salud. Ministro Paris recibe donación de 1,5 toneladas de elementos de protección personal. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 10 de julio del 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/ministro-paris-recibe-donacion-de-15-toneladas-de-elementos-de-proteccion-personal/>.
118. Ministerio de Salud. Recomendaciones generales para la organización de la atención en establecimientos de atención primaria de salud en contexto de pandemia. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 12 de marzo del 2020. Disponible en <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/03/RECOMENDACIONES-GENERALES-ESTABLECIMIENTOS-APS-V6.pdf>.
119. Resolución 156/2020, del 1 de abril. Dispone instrucciones para la coordinación de la red pública y privada de salud por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1143997>.
120. Ordinario 670/2020, del 18 de marzo. Envía herramientas para evaluar el estado de implementación de medidas para prevención de IAAS asociadas al virus SARS-CoV-2. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/ORD-670-del-18-de-marzo-2020-Herramientas-de-evaluaci%C3%B3n-de-medidas-de-prevenci%C3%B3n-COVID19.pdf>.
121. Ordinario 1218/2020, del 23 de abril. Lineamientos para la gestión de Recursos Humanos COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <http://www.manuellosses.cl/coronavirus/Gestion%20Minsal%20COVID19.pdf>.
122. Ordinario 2124/2020, del 8 de julio. Envía instrucciones para el estudio de brotes de IAAS en pandemia COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/C37\\_Ord-2124\\_estudio-brotes.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/C37_Ord-2124_estudio-brotes.pdf).
123. Ministerio de Salud. COVID-19: Autoridades de salud suscriben acuerdo para extender seguro a trabajadores. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 19 de diciembre del 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/covid-19-autoridades-de-salud-suscriben-acuerdo-para-extender-seguro-a-trabajadores/>.
124. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ministerio de Justicia entrega seguro de vida gratuito por Coronavirus a 1.100 funcionarios del SML. Santiago de Chile: Ministerio de Justicia; 11 de junio del 2020. Disponible en <https://www.minjusticia.gob.cl/ministerio-de-justicia-entrega-seguro-de-vida-gratuito-por-coronavirus-a-1-100-funcionarios-del-sml/>.
125. Ministerio de Salud. COVID-19: Ministerio de Salud encabeza testeo de anticuerpos a funcionarios de la Salud de Hospital de Maipú. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 10 de mayo del 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/covid-19-ministro-de-salud-encabeza-testeo-de-anticuerpos-a-funcionarios-de-la-salud-de-hospital-de-maipu/>.
126. Healthcare Workers Study. Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud: un estudio internacional multisitio. Disponible en <https://mentalnet.cl/en/home/>.
127. Pontificia Universidad Católica de Chile, Corporación Municipal de Renca. El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en los servicios de salud. Health Care Workers COVID-19 Study. Informe preliminar N.º 1 Chile. Síntomas depresivos y malestar psicológico. Santiago de Chile; 2020. <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/167313/primer-informe-the-covid-19-health-care-workers-study>.
128. Estrategia Nacional para Salud Mental elaborada por expertas y expertos de la U. de Chile. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2020. Disponible en <https://www.uchile.cl/portal/especiales/covid19/163020/estrategia-nacional-para-salud-mental-propuesta-a-mesa-social-covid-19>.
129. Gobierno de Chile. Saludablemente. Disponible en <https://www.gob.cl/saludablemente/>.
130. Ministerio de Salud. Hospital Digital del Ministerio de Salud de Chile. Disponible en <https://www.hospitaldigital.gob.cl/>.
131. Ministerio de Salud. Consideraciones generales para el cuidado de la salud mental de trabajadoras y trabajadores del sector salud en contexto COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 14 de septiembre del 2020. Disponible en <https://degreyd.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/Consideraciones-salud-mental-trabajadores-salud-en-pandemia-14-09-2020-FINAL.pdf>.
132. Colegio Médico de Chile. Salud mental. Disponible en <http://www.colegiomedico.cl/salud-mental/>.
133. Sistema de Aprendizaje a Distancia del Sector Público de Salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Disponible en <https://moodle.minsal.cl/>.
134. Organización Panamericana de la Salud. Noticias: Experiencias para destacar en gestión de recursos humanos para la salud en países de América del Sur en el contexto de COVID-19. Washington D.C.: OPS; 27 de julio del 2020. Disponible en <https://www.paho.org/es/noticias/27-5-2020-experiencias-para-destacar-gestion-recursos-humanos-para-salud-paises-america>.
135. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud ofrece operativos de vacunación en empresas constructoras y agrícolas. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 25 de mayo del 2021. Disponible en <https://www.gob.cl/noticias/ministerio-de-salud-fortalece-operativos-de-vacunacion-en-empresas-constructoras-y-agricolas/>.
136. Deutsche Welle. COVID-19: la exitosa estrategia de Chile para avanzar con la vacunación. 8 de febrero de 2021. Disponible en <https://www.dw.com/es/covid-19-la-exitosa-estrategia-de-chile-para-avanzar-con-la-vacunaci%C3%B3n/a-56503608>.
137. Resolución 136/2021, del 10 de febrero. Complementa Resolución exenta 1138 del Ministerio de Salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/RES-EXENTA-N-136\\_.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/RES-EXENTA-N-136_.pdf).
138. Gobierno de Chile. Sexto cargamento de vacunas Sinovac llega a Chile con dos millones de dosis. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2021. Disponible en <https://www.gob.cl/noticias/sexta-cargamento-de-vacunas-sinovac-contra-el-covid-19-llega-chile-con-dos-millones-de-dosis/>.
139. Resolución 1138/2020, del 24 de diciembre. Aprueba lineamientos técnicos operativos vacunación SARS-CoV-2. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/12/RE-N%C2%BA-1138-Lineamientos-SARS-CoV-2.pdf>.
140. Ministerio de Salud. Guía de vacunación segura. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2013. Disponible en <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/06/norma-Nº670-Guía-Vacunacion-Segura-8-oct-2013.pdf>.
141. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud solicita a municipios anticipar medidas para enfrentar el invierno. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 11 de marzo del 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-solicita-a-municipios-anticipar-medidas-para-enfrentar-el-invierno/>.

142. Decreto 333/2020, del 19 de marzo. Autoriza disponer del 2% constitucional, para atender los gastos necesarios derivados de la epidemia del coronavirus, "COVID-19". Santiago de Chile: Ministerio de Hacienda; 2020. Disponible en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1143804&idcion=2020-03-27>.
143. Ministerio de Salud. Presidente Piñera anunció un Plan de Emergencia Económica. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 19 de marzo del 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/presidente-pinera-anuncio-un-plan-de-emergencia-economica/>.
144. Ministerio de Salud. Coronavirus en Chile pasa a fase 4 y Presidente anuncia cierre de fronteras. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 16 de marzo del 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/coronavirus-en-chile-pasa-a-fase-4-y-presidente-anuncia-cierre-de-fronteras/>.
145. Resolución 3280/2018, del 2 de agosto. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de acción para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. Disponible en [https://procex.co/archivos/normatividad/Resoluci%C3%B3n\\_No\\_3280\\_de\\_2018.pdf](https://procex.co/archivos/normatividad/Resoluci%C3%B3n_No_3280_de_2018.pdf).
146. Ministerio de Salud. Lo que debe saber sobre riesgos laborales. Bogotá: Ministerio de Salud. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/RiesgosLaborales/Paginas/preguntas-frecuentes.aspx>.
147. Venegas Loaiza A. Positiva y Sura son las aseguradoras líderes del negocio de riesgos laborales. La República; 30 de septiembre del 2019. Disponible en <https://www.larepublica.co/finanzas/positiva-y-sura-son-las-aseguradoras-lideres-del-negocio-de-riesgos-laborales-2914761>.
148. Ministerio de Salud y Protección Social. Política nacional de talento humano en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 2018. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>.
149. Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue. Operativización de la Política y el Plan Andino de Recursos Humanos de Salud 2018-2022: informe final. Lima: ORAS-CONHU; 2019. Disponible en [http://www.orasconhu.org/portal/sites/default/files/file/webfiles/doc/POLITICA\\_ANDINA\\_DE\\_RECURSOS\\_HUMANOS\\_EN\\_SALUD.pdf](http://www.orasconhu.org/portal/sites/default/files/file/webfiles/doc/POLITICA_ANDINA_DE_RECURSOS_HUMANOS_EN_SALUD.pdf).
150. Vivas J. Colombia, con apenas 1,7 camas hospitalarias por cada mil habitantes. el Tiempo; 30 de julio del 2018. Disponible en <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/colombia-solo-cuenta-con-1-7-camas-hospitalarias-por-cada-mil-habitantes-249374>.
151. Resolución 380/2020, del 10 de marzo. Por la cual se adoptan medidas preventivas sanitaria en el país, por causa del coronavirus COVID2019 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-380-de-2020.pdf>.
152. Resolución 385/2020, del 12 de marzo. Declaración de la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%200385%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%200385%20de%202020.pdf).
153. Observatorio de Talento Humano en Salud de Colombia. Indicadores básicos. Bogotá: Ministerio de Salud. Disponible en <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Indicadores.aspx>.
154. Confidencial Colombia. Las protestas del personal de la salud en Colombia. 20 de abril del 2020. Disponible en <https://confidencialcolombia.com/lo-mas-confidencial/salud-medicos-protestas/2020/04/20/>.
155. Aguilar Salas N. Protesta nacional de trabajadores de la salud. pares; 20 de abril del 2020. Disponible en <https://pares.com.co/2020/04/20/protesta-nacional-de-trabajadores-de-la-salud-este-21-de-abril/>.
156. Cabrera D. Profesionales de la Salud realizaron protestas en el país. La FM; 20 de junio del 2020. Disponible en <https://www.lafm.com.co/colombia/profesionales-de-la-salud-realizaron-protestas-en-el-pais>.
157. Boletín de prensa N.º 42/2020, del 4 de marzo. Minsalud presenta plan territorial para el control del coronavirus. Bogotá: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-presenta-plan-territorial-para-el-control-del-coronavirus.aspx>.
158. Decreto Presidencial 417/2020, del 17 de marzo. Por el cual se declara un estado de emergencia económica, social y ecológica en todo el territorio nacional. Bogotá: Presidencia de la república de Colombia; 2020. Disponible en <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=110334>.
159. Resolución 536/2020, del 31 de marzo. Por la cual se adopta el Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19). Bogotá: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20536%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20536%20de%202020.pdf).
160. Resolución 521/2020, del 28 de marzo. Por la cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento durante la emergencia sanitaria por COVID-19. Bogotá: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20521%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20521%20de%202020.pdf).
161. Boletín de Prensa N.º 1007/2020, del 10 de diciembre. Van \$364 mil millones girados como bonificación a trabajadores de la salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Van-364-mil-millones-girados-como-bonificacion-a-trabajadores-de-la-salud.aspx>.
162. Resolución 500/2020, del 31 de marzo. Por la cual se modifica el artículo 14 de la Resolución 205 del 2020. Bogotá: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolucion%20No.%20500%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.%20500%20de%202020.pdf).
163. Guía GPSG04. Lineamientos para prevención control y reporte de accidente por exposición ocupacional al COVID-19 en instituciones de salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 25 de marzo del 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GPSG04.pdf>.
164. Resolución 666/2020, del 24 de abril. Por medio de la cual se adopta el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus Covid-19. Bogotá: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20666%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20666%20de%202020.pdf).
165. Ley 1562/2012. Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional. Bogotá: Ministerio de Salud; 2012. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1562-de-2012.pdf>.
166. Ley 776/2002, del 17 de diciembre. Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales. Bogotá: Ministerio del Trabajo; 2002. Disponible en [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=16752](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=16752).

167. Guía GIPS20. Bogotá: Ministerio de Salud; 12 de abril del 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS20.pdf>.
168. Guía GPSG03. Lineamientos para abordar problemas y trastornos mentales en trabajadores de la salud en el marco del afrontamiento del coronavirus (COVID19). Bogotá: Ministerio de Salud; 30 de marzo del 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GPSG03.pdf>.
169. Boletín de Prensa N.º 142/2021, del 2 de febrero. IPS deberán cargar información de personal de salud para su vacunación. Bogotá: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/IPS-deberan-cargar-informacion-de-personal-de-salud-para-su-vacunacion.aspx>.
170. Boletín de Prensa N.º 166/2021, 5 de febrero del 2021 Mi Vacuna inicia operación en toda Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mi-Vacuna-inicia-operacion.aspx>.
171. Boletín de Prensa N.º 211/2020, del 30 de abril. \$460 mil millones para el pago de deudas al personal de salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/460-mil-millones-para-el-pago-de-deudas-al-personal-de-salud.aspx>.
172. Boletín de Prensa N.º 026/2021, del 10 de enero. Minsalud y SENA capacitarán talento humano para vacunación contra el covid-19. Bogotá: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-y-SENA-capacitar%C3%A1n-talento-humano-para-vacunaci%C3%B3n-contra-el-covid-19.aspx>.
173. Boletín de Prensa N.º 038/2021, del 14 de enero. Más de 71 mil inscritos en capacitación de vacunación contra el covid-19. Bogotá: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mas-de-71-mil-inscritos-en-capacitacion-de-vacunacion-contra-el-covid-19.aspx>.
174. Boletín de Prensa N.º 159/2021, del 21 de febrero. Segunda convocatoria para curso de vacunación contra el covid-19. Bogotá: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Segunda-convocatoria-para-curso-de-vacunacion-contra-el-covid-19.aspx>.
175. Ministerio de Salud y Protección Social. Vacunación contra COVID-19. Bogotá: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/Paginas/Vacunacion-covid-19.aspx>.
176. Decreto Presidencial 444/2020, del 21 de marzo. Por el cual se crea el Fondo de Mitigación de Emergencias -FOME y se dictan disposiciones en materia de recursos, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica. Bogotá: Presidencia de la República de Colombia; 2020. Disponible en <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=110678>.
177. Resolución 535/2020, del 31 de marzo. Por la cual se establecen las condiciones para el manejo integrado de los recursos de la Unidad de Pago por Capacitación y los de presupuestos máximos a cargo de las Entidades Promotoras de Salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20535%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20535%20de%202020.pdf).
178. Resolución 618/2020, del 17 de abril. Por la cual se reglamenta el literal d) del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, para el saneamiento definitivo de las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías de salud no financiadas con cargo a la UPC del Régimen Contributivo. Bogotá: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.618%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.618%20de%202020.pdf).
179. Resolución 731/2020, del 7 de mayo. Por la cual se establecen lineamientos que permitan garantizar la atención en salud y el flujo de recursos a los diferentes actores del SGSSS durante la emergencia sanitaria por Covid -19. Bogotá: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20731%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20731%20de%202020.pdf).
180. Boletín de Prensa N.º 890/2020, del 31 de octubre. \$11 mil millones destinados a proyectos de infraestructura en Santander. Bogotá: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/11-mil-millones-destinados-a-proyectos-de-infraestructura-en-Santander.aspx>.
181. Boletín de Prensa N.º 924/2020, del 13 de noviembre. Minsalud giró más de \$20 mil millones a trabajadores de la salud en Antioquia. Bogotá: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-giro-mas-de-20-mil-millones-a-trabajadores-de-la-salud-en-Antioquia.aspx>.
182. Cañizares R, Mena G, Barquet G. Análisis del sistema de salud del Ecuador. Rev Med FCM-UCSG. 2015;19(4):193-204. Disponible en: <https://rmedicina.ucsg.edu.ec/index.php/ucsg-medicina/article/view/1080/pdf>.
183. Lucio RV. Sistema de salud de Ecuador. Salud Pública de México. 2011;53(2):177-187. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/13.pdf>.
184. Organización Internacional del Trabajo. Mapeo de la población cubierta y no cubierta, con el mayor detalle posible de la caracterización según sectores, geografía entre otros aspectos de orden socio económico como su nivel de contribución, por el seguro social y as recomendaciones de políticas para su incorporación progresiva. Programa para la Promoción de un Piso de Protección Social en la Región Andina. Ginebra: OIT; 2016. Disponible en [http://ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms\\_510914.pdf](http://ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_510914.pdf).
185. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro estadístico de recursos y actividades de salud, 2018. Quito: INEC; 2020. Disponible en [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Recursos\\_Actividades\\_de\\_Salud/RAS\\_2018/Principales\\_resultados\\_RAS\\_2018.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2018/Principales_resultados_RAS_2018.pdf).
186. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Washington D.C.: OPS; 2017. Disponible en <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>.
187. Acuerdo N.º 00126/2020, del 11 de marzo. Declárese el Estado de Emergencia Sanitaria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, en los servicios de laboratorio, unidades de epidemiología y control, ambulancias aéreas, servicios de médicos y paramédicos, hospitalización y consulta externa por la inminente posibilidad del efecto provocado por el coronavirus COVID-19, y prevenir un posible contagio masivo en la población. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2020. Disponible en [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/SRO160\\_2020\\_03\\_12.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/SRO160_2020_03_12.pdf).
188. Decreto presidencial 1017/2020, del 16 de marzo. Declárese el Estado de Excepción por calamidad pública en todo el territorio nacional. Quito: Presidencia de la República del Ecuador; 2020. Disponible en [https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/03/Decreto\\_presidencial\\_No\\_1017\\_17-Marzo-2020.pdf](https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/03/Decreto_presidencial_No_1017_17-Marzo-2020.pdf).
189. Edición médica. Ministerio de Salud despide personal a nivel nacional para reducir entre un 10 y 15% su gasto. Quito: Edición Médica; 2020. Disponible en <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ministerio-de-salud-despide-personal-a-nivel-nacional-para-reducir-entre-un-10-y-15-su-gasto--95867>.



190. Boletín de prensa. Situación coronavirus COVID-19 Ecuador. El MSP optimiza recursos para contratar a 2.850 profesionales de salud: Ministerio de Salud Pública; 22 de mayo del 2020. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/el-msp-optimiza-recursos-para-contratar-a-2-850-profesionales-de-salud/>.
191. El Universo. Los trabajadores de la salud se sumarán a las protestas por los despidos. Quito: El Universo; 22 de mayo del 2020. Disponible en <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/05/22/nota/7849206/lunes-trabajadores-salud-se-suman-protestas-despidos/>.
192. El Comercio. Protesta de médicos, enfermeras y trabajadores de la salud por despidos en Guayaquil. Guayaquil: El Comercio; 3 de agosto del 2020. Disponible en <https://www.elcomercio.com/video/protesta-medicos-despidos-guayaquil-pandemia.html>.
193. Boletín de prensa. Gobierno Nacional y posgradistas concretan acuerdo. Quito: Ministerio de Salud Pública; 19 de septiembre del 2020. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/gobierno-nacional-y-posgradistas-concretan-acuerdo/>.
194. Ministerio de Salud Pública del Ecuador Ayuda Memoria: acciones del Ministerio de Salud frente a la pandemia. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2020.
195. Ministerio de Salud Pública. Plan de Trabajo Vacunación COVID-19 Ecuador 2020-2021. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2020. Disponible en [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/DOCUMENTO-PLAN-DE-VACUNACION%CC%81N-ECUADOR-VS-FINAL\\_r.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/DOCUMENTO-PLAN-DE-VACUNACION%CC%81N-ECUADOR-VS-FINAL_r.pdf).
196. Jimenez D. Chile dona a Ecuador 20 mil dosis de vacunas de Sinovac contra el coronavirus. Agencia Andalou. 8 de marzo de 2021. Disponible en <https://www.aa.com.tr/es/mundo/chile-dona-a-ecuador-20-mil-dosis-de-vacunas-de-sinovac-contra-el-coronavirus/2167989>.
197. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G Sistema de salud en Perú. Salud Publica Mex. 2011;53(2):243-254. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800019#:~:text=El%20sistema%20de%20salud%20del,corresponde%20a%20la%20seguridad%20social](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019#:~:text=El%20sistema%20de%20salud%20del,corresponde%20a%20la%20seguridad%20social).
198. Resolución 030/2020, del 27 de enero. Aprueba el documento técnico Modelo integral de cuidados por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MIC). Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/496394/resolucion-ministerial-030-2020-MINSA.pdf>.
199. Ministerio de Salud de Perú. Guía técnica para la metodología de cálculo de las brechas de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del primer nivel de atención. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud, N° 17. Lima: Ministerio de Salud; 2014. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/320985-guia-tecnica-para-la-metodologia-de-calculo-de-las-brechas-de-recursos-humanos-en-salud-para-los-servicios-asistenciales-del-primer-nivel-de-atencion>.
200. Resolución Ministerial 1357/2018. Lima: Ministerio de Salud; 2018. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/235756-1357-2018-minsa>.
201. Ministerio de Salud. Información de recursos humanos en salud del MINSA y gobiernos regionales, 2020. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiOTE3ZmEwODMtMmFIMy00ZDA4TG5ZGEtMGZmZDBjNmU2ZTMxliwidCl6mI3ZDJiMWZkLUW3NjMtNDY5ZS-05NjE5LWM5M2I3MmEyZUwMyJ9&pageName=ReportSection59d61fb40feb0d4a46db>.
202. Ministerio de Salud. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N.º 26. Compendio Estadístico. Información de recursos humanos del sector salud, Perú 2013-2018. Lima: Ministerio de Salud; 2019. Disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/10896.pdf>.
203. Decreto Supremo 008/2020, del 11 de marzo. Declara en emergencia sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control de COVID-19. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/483010-008-2020-sa>.
204. Decreto Supremo 44/2020, del 15 de marzo. Declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19. Lima: Presidencia del Consejo de Ministros; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/460472-044-2020-pcm>.
205. Ministerio de Salud. Minsa envía 28 profesionales de la salud a Ucayali para enfrentar la Covid-19. Nota de prensa, 1 de junio del 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/168093-minsa-envia-28-profesionales-de-la-salud-a-ucayali-para-enfrentar-la-covid-19>.
206. Ministerio de Salud. Minsa envía 25 profesionales de salud y equipo técnico a Piura para fortalecer la atención de pacientes Covid-19. Nota de prensa; 2 de junio del 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/169502-minsa-envia-25-profesionales-de-salud-y-equipo-tecnico-a-piura-para-fortalecer-la-atencion-de-pacientes-covid-19>.
207. Diario Correo. Envían a 65 profesionales en salud a dos regiones para prevenir incremento de COVID-19. Perú 21; 12 de diciembre del 2020. Disponible en <https://peru21.pe/peru/ica-piura-essalud-envian-65-profesionales-en-salud-a-dos-regiones-para-prevenir-incremento-de-covid-19-nnpp-noticia/>.
208. Perú 21. Huánuco: 22 profesionales de la salud se suman a la lucha contra el COVID-19. Perú 21; 9 de febrero del 2021. Disponible en <https://peru21.pe/peru/huanuco-22-profesionales-de-la-salud-se-suman-a-la-lucha-contra-el-covid-19-nnpp-noticia/>.
209. TVPeNoticias. COVID-19: EsSalud envió 36 profesionales de la salud a Madre de Dios y Amazonas. TVPeNoticias; 29 de junio del 2020. Disponible en <https://www.tvperu.gob.pe/noticias/nacionales/covid-19-essalud-envio-36-profesionales-de-la-salud-a-madre-de-dios-y-amazonas>.
210. El Comercio. Huánuco: profesionales de la salud arribaron a la región para reforzar atención contra el COVID-19. El Comercio; 20 de enero del 2021. Disponible en <https://elcomercio.pe/peru/huanuco-profesionales-de-la-salud-arribaron-a-la-region-para-reforzar-atencion-contra-el-covid-19-essalud-video-noticia/?ref=e-cr>.
211. Agencia Associated Press. En Perú, personal de salud protesta para pedir mejores condiciones ante covid-19. El Milenio; 17 de junio del 2020. Disponible en <https://www.milenio.com/internacional/peru-medicos-enfermeras-piden-mejores-condiciones-covid-19>.
212. Resolución Ministerial 095/2020, del 18 de marzo. Plan Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud y Contención del COVID-19. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/568975/RM\\_095-2020-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/568975/RM_095-2020-MINSA.PDF).
213. Resolución Ministerial 141/2020, del 26 de marzo. Por la cual se aprueba la Directiva Sanitaria N° 088 para la implementación y funcionamiento de los equipos de respuesta rápida (ERR) que realizan la vigilancia epidemiológica de casos sospechosos de COVID-19. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/462866-114-2020-minsa>.

214. Resolución Ministerial 513/2020, del 22 de julio. Camas para hospitalización COVID-19 y camas UCI COVID-19 para paciente sospechoso o confirmado. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/847361-513-2020-minsa>.
215. Resolución Ministerial 928/2020, del 9 de noviembre. Se aprueba el documento técnico Plan de preparación y respuesta ante posible segunda ola pandémica por COVID-19 en el Perú, que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1335262-928-2020-minsa>.
216. Decreto Supremo 012/2020, del 1 de abril del 2020. Establece normas reglamentarias para asegurar la continuidad de las acciones en la prevención, control, diagnóstico y tratamiento del coronavirus – COVID19 en el ámbito del sector salud. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/466090-012-2020-sa>.
217. Resolución Ministerial 420/2020, del 22 de junio del 2020. Remuneración referencial para los profesionales de la salud y los técnicos asistenciales de la salud. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/706354-420-2020-minsa>.
218. Resolución Ministerial 215/2020, del 21 de abril. Modificación a los artículos de la Ley N° 23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/483088-215-2020-minsa>.
219. Decreto de Urgencia 039/2020, del 16 de abril. Que dicta medidas complementarias para el sector salud en el marco de la Emergencia Sanitaria por los efectos de la COVID-19. Lima: Presidencia del Consejo de Ministros; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/482661-039-2020>.
220. Decreto Legislativo 1512/2020, del 11 de mayo. Que establece medidas de carácter excepcional para disponer de médicos especialistas y recursos humanos para la atención de casos COVID-19. Lima: Presidencia de la república; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/presidencia/normas-legales/576247-1512>.
221. Resolución Ministerial 311/2020, del 23 de mayo. Incorporación de médicos especialistas y recursos humanos para la atención de casos COVID-19. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/584174-311-2020-minsa>.
222. Decreto de Urgencia 090/2020, del 3 de agosto. Que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID-19. Lima: Ministerio de finanzas; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/mef/normas-legales/1050976-090-2020>.
223. Decreto de Urgencia 069/2020, del 15 de abril. Que establece alcances del Artículo 4 del Decreto de Urgencia 026-2020-SA en el marco de la Emergencia Sanitaria por COVID-19. Lima: Presidencia de Consejo de Ministros; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/823462-069-2020-pcm>.
224. Decreto de Urgencia 020/2021, del 17 de febrero. Dicta medidas extraordinarias en materia económica y financiera vinculadas a los recursos humanos en salud como respuesta ante la Emergencia Sanitaria por la COVID-19 y dicta otras disposiciones. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas; 2021. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/mef/normas-legales/1702533-020-2021>.
225. Decreto de Urgencia 113/2020, del 19 de septiembre. Amplía los alcances de la medida excepcional y temporal establecida en el Artículo 5 del Decreto de Urgencia 026-2020 y que dicta además otra medida extraordinaria y urgente. Lima: Presidencia de la República; 2020. Disponible en [https://spji.minjus.gob.pe/Normas/covid19/NORMAS\\_RANGO\\_LEGAL/DECRETO\\_DE\\_URGENCIA\\_113-2020.pdf](https://spji.minjus.gob.pe/Normas/covid19/NORMAS_RANGO_LEGAL/DECRETO_DE_URGENCIA_113-2020.pdf).
226. Decreto de Urgencia 022/2021, del 22 de febrero. Establece medidas extraordinarias en materia económica y financiera para fortalecer la capacidad de respuesta de los recursos humanos del Seguro Social de Salud como respuesta ante la emergencia sanitaria por la COVID-19. Lima: Presidencia del Consejo de Ministros; 2021. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/1971976-022-2021>.
227. Resolución Ministerial 139/2020, del 30 de marzo. Por medio de la cual se aprueba el documento técnico Prevención y atención de personas afectadas por COVID-19 en el Perú. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/465962-139-2020-minsa>.
228. Resolución Ministerial 447/2020, del 1 de julio. Por la cual se aprueba el documento técnico Recomendaciones sobre el uso de escudos faciales (caretas) en los establecimientos de salud y en la comunidad en el contexto de la COVID-19. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/744522-447-2020-minsa>.
229. Decreto de Urgencia 037/2020, del 12 de abril. Que dicta medidas complementarias para el sector salud en el marco de la emergencia sanitaria por los efectos de la COVID-19. Lima: Presidencia del Consejo de Ministros; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/473466-037-2020>.
230. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Recomendaciones clínicas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en personal de salud en el marco de la pandemia por COVID-19. Lima: EsSalud; 2020. Disponible en [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/salud\\_mental\\_personal\\_de\\_salud.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/salud_mental_personal_de_salud.pdf).
231. Resolución Ministerial 363/2020, del 6 de junio. Que incorpora a la enfermedad causada por el COVID-19 dentro del listado de enfermedades profesionales de los servidores de la salud. Por la cual se aprueba el documento técnico: Plan de salud mental en el contexto Covid-19. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/649886-363-2020-minsa>.
232. Ley 31025/2020, del 18 de junio. Lima: Presidencia de la República; 2020. Disponible en <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-que-incorpora-la-enfermedad-causada-por-el-covid-19-de-ley-n-31025-1868269-1>.
233. Ministerio de Salud. Minsa: Más de tres millones de atenciones se han registrado en los diversos servicios de telemedicina a nivel nacional. Nota de prensa; 19 de julio del 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/212426-minsa-mas-de-tres-millones-de-atenciones-se-han-registrado-en-los-diversos-servicios-de-telemedicina-a-nivel-nacional>.
234. Ministerio de Salud. Minsa y Colegio Médico del Perú se unen para brindar curso virtual gratuito en salud mental. Nota de prensa; 28 de mayo del 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/166083-minsa-y-colegio-medico-del-peru-se-unen-para-brindar-curso-virtual-gratuito-en-salud-mental>.

235. Ministerio de Salud. Minsa envía 25 profesionales de salud y equipo técnico a Piura para fortalecer la atención de pacientes Covid-19. Nota de prensa; 12 de junio del 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/169502-minsa-envia-25-profesionales-de-salud-y-equipo-tecnico-a-piura-para-fortalecer-la-atencion-de-pacientes-covid-19>.
236. Ministerio de Salud. Laboratorio móvil 'Covid Maskaq' llega a Huancavelica para realizar una búsqueda activa de contagiados. Nota de prensa; 1 de septiembre del 2020. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/297251-laboratorio-movil-covid-maskaq-llega-a-huancavelica-para-realizar-una-busqueda-activa-de-contagiados>.
237. Instituto Nacional de Estadística Informática. 11 de julio- Día mundial de la población. Estado de la población peruana 2020. Lima: INEI; 2020. Disponible en [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf).
238. Ugarte Taboada C. Gestión de recursos humanos para la salud en los tiempos de COVID-19. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <http://orascon-hu.org/portal/sites/default/files/21%20webinar%20Peru%20Gestion%20de%20RHUS%20EN%20COVID%20MINSA.pdf>.
239. El Comercio. Coronavirus Perú: ¿Quiénes recibirán la vacuna contra en la primera fase? Esta es la lista actualizada. El Comercio; 6 de febrero del 2021. Disponible en <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/covid-19-en-el-peru-vacuna-covid-19-esta-es-la-lista-actualizada-de-quienes-recibiran-la-vacuna-contra-el-covid-19-en-la-primera-fase-sinopharm-nndc-noticia/>.
240. Resolución Ministerial 161/2021, del 4 de febrero. Modifica el rubro "Fases de vacunación" contenido en el numeral 6.7 del Documento Técnico: Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-1. Lima: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1635499-161-2021-minsa>.
241. [Gob.pe](http://gob.pe). Plataforma digital única del Estado Peruano. Coronavirus: vacunas contra la COVID-19. [Gob.pe](http://gob.pe); 8 de mayo del 2022. Disponible en <https://www.gob.pe/11571-coronavirus-detalles-sobre-las-vacunas-contra-la-covid-19-en-el-peru>.
242. Andina. Se capacitará a 25 000 equipos de profesionales para vacunación contra COVID-19. Lima: Andina; 26 de octubre del 2020. Disponible en <https://andina.pe/agencia/noticia-se-capacitara-a-25000-equipos-profesionales-para-vacunacion-contra-covid19-819062.aspx>.
243. Ministerio de Salud. Minsa inicia capacitación a profesionales que se encargarán de la vacunación contra la COVID-19. Nota de prensa; 23 de noviembre del 2020. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/315688-minsa-inicia-capacitacion-a-profesionales-que-se-encargaran-de-la-vacunacion-contra-la-covid-19>.
244. Ministerio de Salud. Minsa capacita a personal del Ejército que brindará soporte durante la vacunación contra la COVID-19. Nota de prensa; 15 de septiembre del 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/320825-minsa-capacita-a-personal-del-ejercito-que-brindara-soporte-durante-la-vacunacion-contra-la-covid-19>.
245. [Swissinfo.ch](http://swissinfo.ch). Perú vacunará a medio millón de trabajadores de salud con primer lote. [Swissinfo.ch](http://swissinfo.ch); 7 de enero del 2021. Disponible en [https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-per%C3%BA\\_per%C3%BA-vacunar%C3%A1-a-medio-mill%C3%B3n-de-trabajadores-de-salud-con-primero-lote/46269244](https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-per%C3%BA_per%C3%BA-vacunar%C3%A1-a-medio-mill%C3%B3n-de-trabajadores-de-salud-con-primero-lote/46269244).
246. Ministerio de Salud. Digesa capacita a profesionales en gestión y manejo de residuos sólidos para vacunación contra la COVID-19. Nota de prensa; 24 de noviembre de 2020. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/315792-digesa-capacita-a-profesionales-en-gestion-y-manejo-de-residuos-solidos-para-vacunacion-contra-la-covid-19>.
247. Ministerio de Salud. Digemid capacitó a profesionales de la salud para notificación de eventos adversos relacionados a vacunas COVID-19. Nota de prensa; 25 de enero del 2021. Lima: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/326295-digemid-capacito-a-profesionales-de-la-salud-para-notificacion-de-eventos-adversos-relacionados-a-vacunas-covid-19>.
248. Presidencia del Consejo de Ministros. Campaña Nacional de Vacunación contra la COVID-19. Lima: [Gob.pe](http://gob.pe). Disponible en <https://gis.minsa.gob.pe/GisVisor-Vacunados/>.
249. Ministerio de Salud. Culminó meta de vacunación de primera dosis contra la COVID-19 a 141 375 miembros del personal de salud priorizado. Nota de prensa; 21 de febrero de 2021. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/343348-culmino-meta-de-vacunacion-de-primera-dosis-contra-la-covid-19-a-141-375-miembros-del-personal-de-salud-priorizado>.
250. Murga I. La impagable deuda de Perú con su personal sanitario. Euronews; 25 de noviembre del 2020. Disponible en <https://es.euronews.com/2020/11/25/la-impagable-deuda-de-peru-con-su-personal-sanitario>.



# Anexos

## Anexo 1. Estado Plurinacional de Bolivia

### Indicadores adicionales sobre recursos humanos para la salud

#### Cuadro A1.1.

Estimación de nuevas contrataciones en recursos humanos para la salud por área de intervención en los servicios de salud del Estado Plurinacional de Bolivia

Área de intervención	Cantidad de RHS
Unidades de terapia intensiva	2461
Hospitalización y urgencias	1989
Laboratorio	42
Redes para la atención de la COVID-19	188
Monitoreo y vigilancia epidemiológica	2431
Centros de aislamiento	479
Fortalecimiento institucional del MS	38
<b>Total</b>	<b>7628</b>

COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; MS: Ministerio de Salud; RHS: recursos humanos para la salud.

**Fuente:** respuesta del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de) al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 2 de diciembre del 2020. Datos a julio del 2020.

#### Cuadro A1.2.

Planificación financiera inicial para la contratación de recursos humanos para la salud en el Estado Plurinacional de Bolivia

Área de intervención	RHS	Costo de 3 meses (BOB)	Costo de 3 meses (US\$)
Terapia intensiva	2066	67 598 628,00	9 854 027,41
Hospitalización y urgencias	1720	41 633 076,00	6 068 961,52
Diagnóstico y laboratorios	42	1 169 532,00	170 485,71
SEDES y REDES	177	5 375 607,00	783 616,18
Monitoreo de contactos y vigilancia comunitaria	3000	49 316 400,00	7 188 979,59
Centros de aislamiento para casos sospechosos y casos positivos	474	6 490 065,00	946 073,62
Equipo nacional para la atención de la COVID-19	5	216 255,00	31 524,05
<b>Total</b>	<b>7484</b>	<b>171 799 563,00</b>	<b>25 043 668,08</b>

BOB: bolivianos (moneda nacional); COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; REDES: unidad de redes de servicios de salud; RHS: recursos humanos para la salud; SEDES: servicios departamentales de salud; US\$: dólares estadounidenses.

**Fuente:** respuesta del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de) al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 2 de diciembre del 2020. Datos a abril del 2020.

## Legislación relacionada con los recursos humanos para la salud

### Reclutamiento

#### Cuadro A1.3.

Legislación sobre el reclutamiento de recursos humanos para la salud en el Estado Plurinacional de Bolivia

Fecha	Descripción	Dimensión	Normativa
24 de abril del 2020	Se autoriza a la Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico a gestionar y contratar RHS mientras dure la emergencia sanitaria nacional.	Reclutamiento	Decreto Supremo N.º 4224
12 de mayo del 2020	MS Bolivia autoriza la contratación directa de servicios de consultoría de personal en salud para la contención de la pandemia de COVID-19 en todo el territorio nacional.	Reclutamiento	Resolución Ministerial N.º 0260

MS Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de); RHS: recursos humanos para la salud.

### Remuneración

#### Cuadro A1.4.

Legislación sobre la remuneración para los recursos humanos para la salud en el Estado Plurinacional de Bolivia

Fecha	Descripción	Dimensión	Normativa
21 de mayo del 2020	Se aprobó que los profesionales especialistas puedan trabajar en doble jornada y acceder a doble salario.	Remuneración	Ley N.º 1298 del 2020

### Seguridad y salud en el trabajo y la prevención y control de infecciones

#### Cuadro A1.5.

Legislación sobre la seguridad y salud en el trabajo y la prevención y control de infecciones para los recursos humanos para la salud en el Estado Plurinacional de Bolivia

Fecha	Descripción	Dimensión	Normativa
17 de marzo del 2020	Declara la emergencia sanitaria nacional y cuarentena en todo el territorio. Se permite una licencia especial para permanecer en su domicilio a los trabajadores, incluido los RHS, con enfermedades de base, personas mayores de 60 años, mujeres embarazadas y beneficiarios de la licencia especial, y el padre o madre o tutor de menores de 5 años.	Prevención y control de infecciones	Decreto Supremo N.º 4196
14 de abril del 2020	Contratación de un seguro para profesionales y trabajadores de salud relacionados con la COVID-19. La cobertura del seguro comprende invalidez total y permanente o muerte, por un valor de BOB 100 000 (equivalentes a US\$ 15 000) en ambos casos.	Seguridad y salud en el trabajo	Decreto Supremo N.º 4217
1 de julio del 2020	Levanta la declaratoria de emergencia sanitaria nacional y obligó a los RHS a retornar sus funciones laborales.	Prevención y control de infecciones	Decreto Supremo N.º 4245

BOB: pesos bolivianos (moneda nacional); COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; RHS: recursos humanos para la salud; US\$: dólares estadounidenses.

## Financiamiento

### Cuadro A1.6.

Legislación sobre el financiamiento de recursos humanos para la salud en el Estado Plurinacional de Bolivia

Fecha	Descripción	Normativa
13 de julio del 2020	MS Bolivia autoriza a la Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico a realizar todas las contrataciones de profesionales del área de salud con financiamiento del Banco Mundial.	Resolución Ministerial N.º 0344

MS Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de).

## Movilizaciones y ataques

### Cuadro A1.7.

Recopilación de notas de prensa sobre movilizaciones y ataques a los recursos humanos para la salud en el Estado Plurinacional de Bolivia

Fecha	Descripción	Dimensión
2 de abril del 2020	Médicos de Cochabamba y Santa Cruz exigieron al Gobierno, bajo amenaza de movilizaciones, que resuelva la falta de EPP. <sup>1,2</sup>	Movilización
7 de abril del 2020	Narra la reticencia de los RHS a atender casos de COVID-19 desde el momento que se registró el primer caso, lo que se convierte problema sanitario; por ejemplo, se rechazó la internación del primer caso de COVID-19 del país. Médicos de hospitales en los que ha circulado el coronavirus se han autoaislado sin justificación objetiva. La asociación de médicos intensivistas ha advertido que sus afiliados no podrían tratar a los pacientes con COVID-19. Las clínicas privadas se han negado a atender estos pacientes. En todos los casos se arguye la falta de condiciones y de equipamientos de bioseguridad. <sup>3</sup>	Movilización
30 de abril del 2020	Los RHS se movilizan porque aseguran que carecen de equipo de protección y otros suministros médicos. Entre los reclamos, está la escasez de bolsas de cadáveres. <sup>4</sup>	Movilización
30 de enero del 2021	<p>El Colegio Médico de Bolivia anunció un paro general de 24 horas en rechazo al proyecto de Ley de Emergencia Sanitaria por la COVID-19, que incluye las siguientes pautas que los RHS consideran lesivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prohíbe la interrupción de los servicios de salud a causa de huelgas, protestas o manifestaciones del sector médico.</li> <li>• Abre la posibilidad de contratar profesionales que hayan terminado sus estudios fuera del país.</li> <li>• Solicita que el gobierno central asuma competencias de entes locales en caso de que estos se vean rebasados por la emergencia.</li> </ul> <p>También exige volver a una cuarentena rígida debido a la cantidad de muertes causadas por la segunda ola de la COVID-19.<sup>5</sup></p>	Movilización

Fecha	Descripción	Dimensión
1 de febrero del 2021	El Colegio Médico de Bolivia decidió suspender el paro general tras una reunión con el Gobierno, en la que este se comprometió a incluir los cambios propuestos en el proyecto de Ley de Emergencia Sanitaria. <sup>6,7</sup>	Movilización
2 de febrero del 2021	Médicos demandan de que se declare cuarentena total en Santa Cruz por el repunte de casos de COVID-19, ya que es la región que concentra 75% de los casos. <sup>8</sup>	Movilización
6 de febrero del 2021	A pesar de que se realizaron varios ajustes acordados entre el Gobierno y el Colegio Médico en la Ley de Emergencia Sanitaria sancionada el 4 de febrero por el Parlamento, los colegios regionales rechazaron este acuerdo, alentaron la ruptura del acuerdo y amenazaron con huelgas. <sup>9</sup>	Movilización
9 de febrero del 2021	Los RHS de Santa Cruz comenzaron una huelga de 48 horas para exigir una cuarentena obligatoria para frenar la pandemia. <sup>10</sup>	Movilización
19 de febrero del 2021	Frente a un hospital de La Paz, el personal de salud exigía el pago de sus salarios. <sup>11,12</sup>	Movilización
22 de febrero al 19 de marzo del 2021	El 19 de febrero del 2021, los RHS comienzan un paro por tiempo indefinido, acompañado de movilizaciones contra la ley de emergencia sanitaria. <sup>13-26</sup>	Movilización
7 de abril del 2020	Una médica denuncia que los vecinos no la dejan entrar ni salir de su casa por temor a ser contagiados por el SARS-CoV-2. <sup>27</sup>	Ataques
31 de julio del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mediante una encuesta realizada sobre agresiones a los RHS en Bolivia (Estado Plurinacional de), se encuentra que, de 184 respuestas, 77,2% respondió afirmativamente haber sufrido algún tipo de agresión, sobre todo mujeres. La mayoría de las agresiones están dirigidas al personal médico (72%), en los centros asistenciales y en el trayecto desde y hacia el lugar de trabajo. Entre los principales tipos de agresión, se registraron la agresión verbal, seguida de la discriminación, la violencia física y las amenazas de muerte. En 8,3% de los casos hubo necesidad de acompañamiento de la policía, pero solo en 42% de los casos se realizó la denuncia respectiva. De las personas encuestadas, 94% sabe de otros RHS afectados por situaciones similares.</li> <li>Se mencionan 12 ataques sucedidos a RHS en las regiones de Cochabamba (5), La Paz (2), El Alto (2), Bení (1), Oruro (1) y Santa Cruz (1) entre abril y junio del 2020.<sup>28</sup></li> </ul>	Ataques

COVID: enfermedad por el coronavirus del 2019; EPP: equipos de protección personal; RHS: recursos humanos para la salud; SARS-CoV-2: coronavirus de tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave.



## Fuentes:

- 1 ElPaís.cr. Médicos bolivianos amenazan con protestas por falta de condiciones contra COVID-19. ElPaís; 1 de abril del 2020. Disponible en <https://www.elpais.cr/2020/04/01/medicos-bolivianos-amenazan-con-protestas-por-falta-de-condiciones-contra-covid-19/>.
- 2 Noticias de América Latina y el Caribe. Bolivia: médicos advierten con protestas ante la falta de bioseguridad e insumos. NODAL; 3 de abril del 2020. Disponible en <https://www.nodal.am/2020/04/bolivia-medicos-advierten-con-protestas-ante-la-falta-de-bioseguridad-e-insumos/>.
- 3 Molina F. Cuando se debe enfrentar la epidemia "Sin Estado": Bolivia ante el coronavirus. Madrid: Fundación Carolina; 2020. Disponible en <https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2020/04/AC-15.2020.pdf>.
- 4 Requena MA. Médicos y enfermeras bolivianos protestan por falta de suministros. CNN en español; 23 de abril del 2020. Disponible en <https://cnnespanol.cnn.com/video/doctores-enfermeras-bolivianos-protestan-falta-insumos-medicos-suministros-bolivia-panorama-mundial-cnnee/>.
- 5 Deutsche Welle. Colegio Médico de Bolivia anuncia paro general de 24 horas. DW; 31 de enero del 2021. Disponible en <https://www.dw.com/es/colegio-m%C3%A9dico-de-bolivia-anuncia-paro-general-de-24-horas/a-56394737>.
- 6 La Vanguardia. Los médicos bolivianos suspenden su protesta tras acuerdo con el Gobierno. La Vanguardia; 1 de febrero del 2021. Disponible en <https://www.lavanguardia.com/politica/20210201/6214735/medicos-bolivianos-suspenden-protesta-acuerdo-gobierno.html>.
- 7 Serna Doque S. En Bolivia los médicos suspendieron un paro de 24 horas que tenían previsto para este lunes. AA; 1 de febrero del 2021. Disponible en <https://www.aa.com.tr/es/mundo/en-bolivia-los-m%C3%A9dicos-suspendieron-un-paro-de-24-horas-que-ten%C3%ADan-previsto-para-este-lunes/2130150>.
- 8 Associated Press. Médicos bolivianos hacen paro en región golpeada por COVID. Chicago Tribune; 2 de febrero del 2021. Disponible en <https://www.chicagotribune.com/espanol/coronavirus/sns-es-medicos-bolivianos-hacen-paro-en-region-golpeada-por-covid-20210202-qy6pan5aavcglbug37xy4xt64-story.html>.
- 9 ElPaís.cr. Médicos bolivianos dan marcha atrás y rechazan ley de emergencia sanitaria. ElPaís.cr; 5 de febrero del 2021. Disponible en <https://www.elpais.cr/2021/02/05/medicos-bolivianos-dan-marcha-atras-y-rechazan-ley-de-emergencia-sanitaria/>.
- 10 France24.com. Médicos en huelga en la región más castigada de Bolivia por covid-19. France24.com; 9 de febrero del 2021. Disponible en <https://www.france24.com/es/minuto-a-minuto/20210209-m%C3%A9dicos-en-huelga-en-la-regi%C3%B3n-m%C3%A1s-castigada-de-bolivia-por-covid-19>.
- 11 Associated Press. Médicos bolivianos en huelga en rechazo a ley sanitaria. Chicago Tribune; 19 de febrero del 2021. Disponible en <https://www.chicagotribune.com/espanol/coronavirus/sns-es-medicos-bolivianos-en-huelga-en-rechazo-a-ley-sanitaria-20210219-u4uc3rpwyfapxa7ysdshjuaayi-story.html>.
- 12 Agencia EFE. Médicos bolivianos completan cinco días de paro contra una ley que piden se anule. EFE; 23 de febrero del 2021. Disponible en <https://www.infobae.com/america/agencias/2021/02/23/medicos-bolivianos-completan-cinco-dias-de-paro-contra-una-ley-que-piden-se-anule/>.
- 13 Associated Press. Varios sectores protestan contra el gobierno boliviano. Diario Libre; 22 de febrero del 2021. Disponible en <https://www.diariolibre.com/actualidad/varios-sectores-protestan-contra-el-gobierno-boliviano-OF24568042>.
- 14 ElPaís.cr. Protesta a favor de huelga de médicos en Bolivia deja varios heridos. ElPaís.cr; 23 de febrero del 2021. Disponible en <https://www.elpais.cr/2021/02/23/protesta-a-favor-de-huelga-de-medicos-en-bolivia-deja-varios-heridos/>.
- 15 Vera A. Presidente de Bolivia pide terminar con paro de médicos cuando inicia proceso de vacunación contra el Covid-19. LaTercera.com; 24 de febrero del 2021. Disponible en <https://www.latercera.com/mundo/noticia/presidente-de-bolivia-pide-terminar-con-paro-de-medicos-cuando-inicia-proceso-de-vacunacion-contra-el-covid-19/CROD202178HYFNITZ3HHAEM74/>.
- 16 Europa Press. El sector médico de Bolivia cumple siete días de huelga y pretende mantener las protestas. Europa Press; 26 de febrero del 2021. Disponible en <https://www.europapress.es/internacional/noticia-sector-medico-bolivia-cumple-siete-dias-huelga-pretende-mantener-protestas-20210226152432.html>.
- 17 Agencia EFE. El sector salud evalúa nuevas medidas para anular una polémica ley en Bolivia. El Comercio; 26 de febrero del 2021. Disponible en <https://www.elcomercio.com/actualidad/bolivia-medicos-ley-covid-protestas.html>.
- 18 LaRazón.com. Médicos amenazan con mantener protestas, Arce ve "apetitos e intereses personales" en el paro. LaRazón.com; 28 de febrero del 2021. Disponible en <https://www.la-razon.com/sociedad/2021/02/28/medicos-amenazan-con-mantener-protestas-arce-ve-apetitos-e-intereses-personales-en-el-paro/>.
- 19 Deutsche Welle. Médicos bolivianos extienden paro y convocan a marcha. DW; 1 de marzo del 2021. Disponible en <https://www.dw.com/es/m%C3%A9dicos-bolivianos-extienden-paro-y-convocan-a-marcha/a-56732167>.
- 20 TeleSURtv.net. Mandatario Luis Arce repudia paro en el sector salud en Bolivia. TeleSURtv.net; 1 de marzo del 2021. Disponible en <https://www.telesurtv.net/news/bolivia-paro-medico-actualizacion-luis-arce-20210301-0023.html>.
- 21 Agencia EFE. Médicos bolivianos marchan en el duodécimo día de su huelga contra una ley. Swissinfo.ch; 2 de marzo del 2021. Disponible en [https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-bolivia\\_m%C3%A9dicos-bolivianos-marchan-en-el-duod%C3%A9cimo-d%C3%ADa-de-su-huelga-contra-una-ley/46414844](https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-bolivia_m%C3%A9dicos-bolivianos-marchan-en-el-duod%C3%A9cimo-d%C3%ADa-de-su-huelga-contra-una-ley/46414844).
- 22 Europapress. El sector médico de Bolivia amplía la huelga por 15 días más. ElPaís.cr; 1 de marzo del 2021. Disponible en <https://www.elpais.cr/2021/03/01/el-sector-medico-de-bolivia-amplia-la-huelga-por-15-dias-mas/>.
- 23 Claros L. Médicos se reúnen en Cochabamba para definir nuevas medidas contra la ley sanitaria. Los Tiempos; 10 de marzo del 2021. Disponible en <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20210310/medicos-se-reunen-cochabamba-definir-nuevas-medidas-contra-ley-sanitaria>.
- 24 Agencia EFE. Personal sanitario boliviano hace una numerosa caravana contra ley sanitaria. Swissinfo.ch; 24 de marzo del 2021. Disponible en [https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-bolivia\\_personal-sanitario-boliviano-hace-una-numerosa-caravana-contra-ley-sanitaria/46477474](https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-bolivia_personal-sanitario-boliviano-hace-una-numerosa-caravana-contra-ley-sanitaria/46477474).
- 25 Claros L. Salud vuelve a salir a las calles y dice que "no se cansarán". Los Tiempos; 23 de marzo del 2021. Disponible en <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20210323/salud-vuelve-salir-calles-dice-que-no-se-cansaran>.
- 26 Claros L. Médicos alistan recurso de inconstitucionalidad. Los Tiempos; 26 de marzo del 2021. Disponible en <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20210326/medicos-alistan-recurso-inconstitucionalidad>.
- 27 Página Siete. Vecinos impiden el ingreso de una médica a su casa por temor al coronavirus. Página Siete Digital; 7 de abril del 2020. Disponible en <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/4/7/vecinos-impiden-el-ingreso-de-una-medica-su-casa-por-temor-al-coronavirus-251998.html#>
- 28 Valdés PR. Ataque al personal de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. Acta Medica Colombiana. 2020;45(3). Disponible en <http://actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/1975>.

## Anexo 2. Chile

### Indicadores adicionales sobre recursos humanos para la salud

#### Cuadro A2.1.

Porcentaje de casos confirmados en los recursos humanos para la salud sobre casos totales confirmados en Chile

Número de casos confirmados en la población total		Número de casos confirmados en los RHS		Porcentaje de casos confirmados en los RHS sobre los casos totales	
13/09/20 <sup>1</sup>	03/01/21 <sup>2</sup>	13/09/20 <sup>1</sup>	03/01/21 <sup>2</sup>	13/09/20 <sup>1</sup>	03/01/21 <sup>2</sup>
492 135	706 921	37 510	52 241	7,62%	7,39%

RHS: recursos humanos para la salud.

#### Fuentes:

1 Ministerio de Salud de Chile. Informe epidemiológico, 25 de septiembre del 2020. Características del personal de salud confirmados con COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/Personal-de-Salud-Covid-3092020.pdf>.

2 Ministerio de Salud de Chile. Informe epidemiológico, 12 de enero del 2021. Características del personal de salud confirmados y probables de COVID-19. Santiago de Chile: MS Chile; 2021. Disponible en [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21\\_Informe-PS-COVID-19.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21_Informe-PS-COVID-19.pdf).

#### Cuadro A2.2.

Porcentaje de fallecidos en los recursos humanos para la salud sobre fallecidos totales en Chile

Número de fallecidos en la población total		Número de fallecidos en los RHS		Porcentaje de fallecidos en los RHS sobre fallecidos totales	
13/09/20 <sup>1</sup>	03/01/21 <sup>2</sup>	13/09/20 <sup>1</sup>	03/01/21 <sup>2</sup>	13/09/20 <sup>1</sup>	03/01/21 <sup>2</sup>
12 245	17 352	72	102	0,59%	0,59%

RHS: recursos humanos para la salud.

#### Fuentes:

1 Ministerio de Salud de Chile. Informe epidemiológico, 25 de septiembre del 2020. Características del personal de salud confirmados con COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/Personal-de-Salud-Covid-3092020.pdf>.

2 Ministerio de Salud de Chile. Informe epidemiológico, 12 de enero del 2021. Características del personal de salud confirmados y probables de COVID-19. Santiago de Chile: MS Chile; 2021. Disponible en [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21\\_Informe-PS-COVID-19.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21_Informe-PS-COVID-19.pdf).

**Cuadro A2.3.**

Distribución de casos confirmados en los recursos humanos para la salud por región en Chile

Región	Casos acumulados al 13/09/20 <sup>1</sup>		Casos acumulados al 03/01/21 <sup>2</sup>	
	RHS	Distribución por región (%)	RHS	Distribución por región (%)
Metropolitana de Santiago	23 065	61,5	26 961	51,6
Valparaíso	3303	8,8	4753	9,1
Biobío	2081	5,5	4611	8,8
Libertador General Bernardo O'Higgins	1511	4,0	2120	4,1
Maule	1092	2,9	1941	3,7
Los Lagos	575	1,5	1833	3,5
Araucanía	570	1,5	1720	3,3
Magallanes y la Antártica Chilena	564	1,5	1371	2,6
Antofagasta	1040	2,8	1266	2,4
Ñuble	719	1,9	1235	2,4
Coquimbo	869	2,3	1099	2,1
Tarapacá	631	1,7	1024	2,0
Arica y Parinacota	494	1,3	724	1,4
Los Ríos	91	0,2	666	1,3
Atacama	260	0,7	352	0,7
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	13	0,0	146	0,3
No identificados	632	1,7	419	0,8
<b>Total</b>	<b>37 510</b>	<b>100,0</b>	<b>52 241</b>	<b>100,0</b>

RHS: recursos humanos para la salud.

**Fuentes:**

1 Ministerio de Salud de Chile. Informe epidemiológico, 25 de septiembre del 2020. Características del personal de salud confirmados con COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/Personal-de-Salud-Covid-3092020.pdf>.

2 Ministerio de Salud de Chile. Informe epidemiológico, 12 de enero del 2021. Características del personal de salud confirmados y probables de COVID-19. Santiago de Chile: MS Chile; 2021. Disponible en [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21\\_Informe-PS-COVID-19.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21_Informe-PS-COVID-19.pdf).

**Cuadro A2.4.**

Distribución de casos confirmados en los recursos humanos para la salud por sexo y grupo etario en Chile

Grupo etario (años)	Hombres	Mujeres	Total
18-19	30	157	187
20-24	1021	4799	5820
25-29	3253	11 085	14 338
30-34	3211	8924	12 135
35-39	1833	4867	6700
40-44	984	2916	3900
45-49	680	2211	2891
50-54	644	1671	2315
55-59	539	1272	1811
60-64	380	670	1050
65-69	149	271	420
70-74	79	74	153
75-79	33	23	56
≥80	26	19	45
No identificados			420
<b>Total</b>	<b>12 862</b>	<b>38 959</b>	<b>52 241</b>
<b>Distribución por sexo</b>	<b>25%</b>	<b>75%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ministerio de Salud de Chile. Informe epidemiológico, 12 de enero del 2021. Características del personal de salud confirmados y probables de COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21\\_Informe-PS-COVID-19.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/2021-01-21_Informe-PS-COVID-19.pdf).

## Legislación relacionada con los recursos humanos para la salud

### Reclutamiento y reasignación

#### Cuadro A2.5.

Legislación sobre reclutamiento y reasignación de recursos humanos para la salud en Chile

Fecha	Descripción	Dimensión	Normativa
5 de febrero del 2020	Se otorga al MS Chile, las Seremi y los servicios de salud la facultad de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• contratar directamente personal de forma transitoria para atender emergencias, sin necesidad de cumplir otros requisitos;</li> <li>• realizar traslados del personal que se requiera desde otras dependencias o establecimientos, mediante comisiones de servicio;</li> <li>• disponer la realización de trabajos extraordinarios; es decir, a continuación de la jornada ordinaria, de noche o en días sábado, domingo y festivos;</li> <li>• contratar, de manera temporal y durante la vigencia de la alerta sanitaria, a exfuncionarios que se hayan acogido a la bonificación de retiro voluntario, sin que apliquen las prohibiciones y condiciones establecidas por ley, que corresponden a devolver el valor de la bonificación;</li> <li>• contratar estudiantes que estén cursando sexto año en adelante de la carrera de medicina y de estudiantes que estén cursando el séptimo semestre en adelante de las carreras de enfermería, obstetricia y puericultura, tecnología médica, kinesiología y psicología;<sup>a</sup></li> <li>• autorizar la contratación y ejercicio de personal médico titulado en el extranjero cuyo título no esté revalidado o habilitado en Chile; y</li> <li>• contratar profesionales de medicina que hayan obtenido su título en el extranjero y que este título se encuentre revalidado, aun cuando no hayan finalizado su aprobación del Examen único nacional de conocimientos de medicina.</li> </ul>	Reclutamiento y reasignación	Decreto N.º 4 del 2020 <sup>a</sup>
20 de marzo del 2020	Instruye medidas sobre profesionales en ciclo de destinación y formación e internos de medicina	Reasignación	Ordinario N.º 714 del 2020
20 de marzo del 2020	Especifica que se pueden utilizar tres mecanismos de contratación: 1) contratación vía honorarios a suma alzada, 2) contratación vía Código del trabajo, 3) compra de servicios de atención de pacientes las 24 horas del día los 7 días de la semana.	Reclutamiento	Ordinario N.º 715 del 2020
20 de marzo del 2020	Imparte instrucciones a los directores de servicios de salud, que además de las contenidas en el Decreto N.º 4 del 2020: <ul style="list-style-type: none"> <li>• disponer que los profesionales liberados de guardia ejerzan funciones asistenciales incluyendo turnos, por un total de hasta 22 horas semanales;</li> <li>• modificar los horarios de trabajo y sistemas de turnos en la medida que se requiera para asegurar la optimización de la capacidad asistencial; se pueden establecer horarios diferidos de ingreso, turnos en días libres o turnos de 24 horas, entre otras posibilidades;</li> <li>• contratar en calidad de honorarios a los profesionales y establecimientos que hayan suscrito convenios de dedicación exclusiva; y</li> <li>• medidas extraordinarias de reemplazo de ausencias.</li> </ul>	Reclutamiento y reasignación	Ordinario N.º 718 del 2020

MS Chile: Ministerio de Salud de Chile; Seremi: secretarías regionales ministeriales de salud.

#### Notas:

a Modificado por el Decreto 6 del 7/03/2020, Decreto 19 del 06/06/2020 y Decreto 24 del 19/07/2020.

## Incentivos y remuneración

**Cuadro A2.6.**

Legislación sobre incentivos para los recursos humanos para la salud en Chile

Fecha	Descripción	Normativa
29 de diciembre del 2020	Bono especial de emergencia sanitaria COVID-19 que asciende a CLP 200 000 (equivalentes a US\$ 272)	Ley N.º 21306 del 2020

CLP: pesos chilenos; COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; US\$: dólares estadounidenses.

## Seguridad y salud en el trabajo, la prevención y el control de Infecciones, y el bienestar

**Cuadro A2.7.**

Legislación sobre seguridad y salud en el trabajo y prevención y control de infecciones para los recursos humanos para la salud en Chile

Fecha	Descripción	Dimensión	Normativa
22 de enero del 2020	<p>Define que la atención de casos sospechosos o confirmados se realizará cumpliendo las precauciones estándares para el control de infecciones en la atención en salud, que comprenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• higiene de manos;</li> <li>• uso de EPP;</li> <li>• prevención de pinchazos y cortes con artículos afilados;</li> <li>• higiene respiratoria y buenos hábitos al toser y estornudar;</li> <li>• manejo de equipos, desechos y ropa de pacientes; y</li> <li>• uso de material clínico y dispositivos médicos reprocesados de acuerdo con la normativa vigente de esterilización y desinfección de alto nivel.</li> </ul>	Seguridad y salud en el trabajo	Oficio CP N.º 1553 del 2020
17 de marzo del 2020	<p>Define la modalidad de trabajo a distancia para grupos de riesgo en RHS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• personal de salud que retorna del extranjero y debe cumplir cuarentena;</li> <li>• mujeres embarazadas;</li> <li>• padre o madre, cuidador o cuidadora de menores de 18 años;</li> <li>• persona mayor de 60 años; y</li> <li>• haber recibido orden de cuarentena.</li> </ul>	Prevención y control de infecciones	Resolución N.º 182 del 2020
18 de marzo del 2020	<p>Protocolo de notificación con cinco pautas de chequeo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cumplimiento de precauciones estándares y adicionales;</li> <li>• capacitación del personal en prevención de IAAS;</li> <li>• condiciones de las unidades para la atención de casos sospechosos o confirmados de COVID-19;</li> <li>• flujos de movimientos de pacientes en el establecimiento, y</li> <li>• traslado en ambulancia de pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de COVID-19.</li> </ul>	Prevención y control de la infección	Ordinario N.º 670 del 2020

Fecha	Descripción	Dimensión	Normativa
1 de abril del 2020	Se dispone que cada establecimiento debe velar por la implementación de las medidas de protección de su personal de salud, con cumplimiento estricto del protocolo de utilización de los EPP difundido por el Ministerio de Salud.	Seguridad y salud en el trabajo	Resolución N.º 156 del 2020
3 de abril del 2020	Instrucciones para la racionalización de EPP: <ul style="list-style-type: none"> <li>• no se usa cuando no se atiende directamente a pacientes;</li> <li>• se usan precauciones adicionales solo cuando sean pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado; estas incluyen higiene de manos, uso de delantal, guantes protección ocular y mascarilla quirúrgica;</li> <li>• la mascarilla N95 se usa solo para procedimientos de mayor riesgo;</li> <li>• se recomienda hacer uso extendido, es decir, de manera secuencial sin removerlo ni reemplazarlo, de, mascarilla quirúrgica, mascarilla N95, FPP2 o equivalente, escudos faciales y batas impermeables; y</li> <li>• desinfección para la reutilización del escudo facial.</li> </ul>	Seguridad y salud en el trabajo	Circular C37 N.º 2 del 2020
23 de abril del 2020	Recomendaciones para la gestión de RHS para la atención relacionada con la COVID-19 a los directores del sistema público, del sistema privado y de las Fuerzas Armadas orientados a la seguridad en la atención del paciente y a la protección de riesgo del personal de salud.	Seguridad y salud en el trabajo	Ordinario N.º 1218 del 2020
27 de abril del 2020	Con base en la Ley N.º 16744 de 1968, la Superintendencia de Seguridad Social declara la COVID-19 como enfermedad de origen laboral para los trabajadores que se desempeñan en establecimientos de salud.	Seguridad y salud en el trabajo	Dictamen N.º 1482 del 2020
29 de abril del 2020	Se instruyó a los servicios de salud que, en caso de ser necesario y de manera excepcional, se usara un protocolo de reprocesamiento de mascarillas N95 y FFP2.	Seguridad y salud en el trabajo	Circular N.º 005 del 2020
1 de junio del 2020	Seguro de vida para todo los RHS, asistenciales y no asistenciales, que cubre a 235 000 personas que se desempeñan en el sector público; este seguro es retroactivo desde el inicio de la pandemia hasta el 31 de diciembre del 2020.	Bienestar	No disponible
8 de julio del 2020	Instrucciones para el estudio de brotes de IAAS en pandemia de la COVID-19.	Seguridad y salud en el trabajo	Ordinario N.º 2124 del 2020
19 de diciembre del 2020	Se amplía la cobertura del seguro de vida hasta el 31 de marzo del 2021.	Bienestar	No disponible

COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; EPP: equipos de protección personal; IAAS: infecciones asociadas a la atención de salud; RHS: recursos humanos para la salud.

## Vacunación

### Cuadro A2.8.

Legislación sobre vacunación para los recursos humanos para la salud en Chile

Fecha	Descripción	Normativa
24 de diciembre del 2020	Aprueba las recomendaciones técnico-operativas para la vacunación contra el SARS-CoV-2 con respecto a la seguridad de las vacunas, la cadena de frío, el sistema de información, la comunicación social, la capacitación, la supervisión, la fiscalización, el control de existencias, el monitoreo y verificación de coberturas, y la organización de la campaña.	Resolución N.º 1138 del 2020
3 de septiembre del 2020	Complementa la Resolución N.º 1138 del 2020 con respecto a: <ul style="list-style-type: none"><li>• inclusión de las personas extranjeras que residen en el país dentro de la población objetivo; y</li><li>• si hay escasez de personal de vacunación, se podrá administrar la vacuna a todo el personal de salud que cuente con las competencias necesarias para dicho fin, así como para dar una respuesta rápida ante una reacción posvacunación.</li></ul>	Resolución N.º 136 del 2021

SARS-CoV-2: coronavirus de tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave.

## Financiamiento

### Cuadro A2.9.

Legislación sobre financiamiento de recursos humanos para la salud en Chile

Fecha	Descripción	Normativa
19 de marzo del 2020	Dispone de hasta 2% del valor del presupuesto anual del Estado y asigna los fondos al Ministerio de Salud. El monto máximo disponible es de CLP 1 185 640 409 680 (equivalentes a US\$ 1 635 001 092), que hacen parte del paquete de Plan de emergencia económica.	Decreto N.º 333 del 2020

CLP: pesos chilenos; US\$: dólares estadounidenses.



## Movilizaciones y ataques

**Cuadro A2.10.**

Recopilación de notas de prensa sobre movilizaciones y ataques a los recursos humanos para la salud en Chile

Fecha	Descripción	Dimensión
9 de noviembre del 2020	Convocatoria a los RHS a movilizarse el 12 y 13 de noviembre del 2020 para denunciar condiciones laborales de agobio, sueldos bajos y el precario presupuesto de salud del 2021, con un recorte de 3,3% en relación con al año 2020. <sup>1,2</sup>	Movilización
16 de noviembre del 2020	Convocatoria a los RHS a movilizarse los días 18, 19 y 20 de noviembre del 2020 por la falta de respuesta por parte del Gobierno, además del incumplimiento sobre la promesa de otorgar un bono COVID-19 que depende de aprobación de la ley en el Congreso y, por último, de la falta de entrega del Bono Trato al Usuario, suspendido por la imposibilidad de hacer evaluaciones a los RHS debido a la pandemia. <sup>3,4</sup>	Movilización
22 de noviembre del 2020	Convocatoria a los RHS a un paro nacional por tiempo indefinido desde el 23 de noviembre del 2020 por la falta de respuestas concretas a las demandas, que involucra a más de 60 000 trabajadores en todo el país. <sup>5,6</sup>	Movilización
12 de enero del 2021	Las agresiones por parte de los familiares de fallecidos que no aceptan que no se les permita acceder al cuerpo son situaciones que se dan a diario en diferentes hospitales del país, por lo que los RHS deciden movilizarse para tener más seguridad. <sup>7</sup>	Ataques y movilización

COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; RHS: recursos humanos para la salud.

**Fuentes:**

- 1 [TelesurTV.net](https://www.telesurtv.net/news/chile-paro-nacional-sector-salud-protesta-contr-gobierno-20201109-0020.html). Convocan a paro médico contra recortes en Salud en Chile. [TelesurTV.net](https://www.telesurtv.net/news/chile-paro-nacional-sector-salud-protesta-contr-gobierno-20201109-0020.html); 9 de noviembre del 2020. Disponible en <https://www.telesurtv.net/news/chile-paro-nacional-sector-salud-protesta-contr-gobierno-20201109-0020.html>.
- 2 Carranza Jiménez DC. Trabajadores de la salud protestan en Chile por falta de recursos para su sector. [AA.com.tr](https://www.aa.com.tr/es/mundo/trabajadores-de-la-salud-protestan-en-chile-por-falta-de-recursos-para-su-sector/2042162); 13 de noviembre del 2020. Disponible en <https://www.aa.com.tr/es/mundo/trabajadores-de-la-salud-protestan-en-chile-por-falta-de-recursos-para-su-sector/2042162>.
- 3 DiarioUchile. Trabajadores de la salud anuncian extensión y radicalización del paro. [DiarioUchile](https://radio.uchile.cl/2020/11/16/trabajadores-de-la-salud-anuncian-extension-y-radicalizacion-del-paro/); 16 de noviembre del 2020. Disponible en <https://radio.uchile.cl/2020/11/16/trabajadores-de-la-salud-anuncian-extension-y-radicalizacion-del-paro/>.
- 4 Rico Barrera SM. Chile reclama mayor presupuesto para la atención en salud. [Consultorsalud.com](https://consultorsalud.com/chile-reclama-mayor-presupuesto-atencion-salud/); 17 de noviembre del 2020. Disponible en <https://consultorsalud.com/chile-reclama-mayor-presupuesto-atencion-salud/>.
- 5 DiarioUchile. Nacional e indefinido: Trabajadores de la salud inician paralización este lunes. [DiarioUchile](https://radio.uchile.cl/2020/11/22/nacional-e-indefinido-trabajadores-de-la-salud-inician-paralizacion-este-lunes/); 22 de noviembre del 2020. Disponible en <https://radio.uchile.cl/2020/11/22/nacional-e-indefinido-trabajadores-de-la-salud-inician-paralizacion-este-lunes/>.
- 6 Rico Barrera SM. 60 mil médicos en Chile están en paro indefinido. [Consultorsalud.com](https://consultorsalud.com/60-mil-medicos-chile-entraron-paro-indefinido/); 24 de noviembre del 2020. Disponible en <https://consultorsalud.com/60-mil-medicos-chile-entraron-paro-indefinido/>.
- 7 Aguilar Córdoba A. Médicos y enfermeras denuncian constantes agresiones de familias de pacientes con COVID-19 en Chile. [AA.com.tr](https://www.aa.com.tr/es/mundo/m%C3%A9dicos-y-enfermeras-denuncian-constant-agresiones-de-familias-de-pacientes-con-covid-19-en-chile/2107515); 12 de enero del 2021. Disponible en <https://www.aa.com.tr/es/mundo/m%C3%A9dicos-y-enfermeras-denuncian-constant-agresiones-de-familias-de-pacientes-con-covid-19-en-chile/2107515>.

## Anexo 3. Colombia

### Indicadores adicionales sobre recursos humanos para la salud

#### Cuadro A3.1.

Porcentaje de casos en los recursos humanos para la salud sobre el total de los casos en Colombia

	24/04/20	1/10/20	12/11/20	10/12/20	28/04/20
Número de casos en la población total	3977	835 339	1 174 012	1 392 133	2 824 626
Número de casos en los RHS	306	10 154	19 732	21 832	56 270
Porcentaje de casos en los RHS sobre el total de los casos	7,69	1,22	1,68	1,57	1,99

RHS: recursos humanos para la salud.

**Fuente:** Instituto Nacional de Salud. COVID-19 en personal de salud en Colombia. Bogotá: INS; 2020. Disponible en <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-personal-salud.aspx>.

#### Cuadro A3.2.

Porcentaje de personas fallecidas en los recursos humanos para la salud sobre el total de las personas fallecidas en Colombia

	24/04/20	1/10/20	12/11/20	10/12/20	28/04/20
Personas fallecidas en la población total	189	26 196	33 491	37 995	72 725
Personas fallecidas en los RHS	4	68	99	103	267
Porcentaje de personas fallecidas en los RHS sobre las personas fallecidas en la población total	2,12	0,26	0,30	0,27	0,37

RHS: recursos humanos para la salud.

**Fuente:** Instituto Nacional de Salud. COVID-19 en personal de salud en Colombia. Bogotá: INS; 2020. Disponible en <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-personal-salud.aspx>.

**Cuadro A3.3.**

Distribución de casos en los recursos humanos para la salud en Colombia por fuente de transmisión y grupo ocupacional

Grupo ocupacional	Número de casos por grupo ocupacional	Caso relacionado con el lugar de trabajo	Porcentaje de casos relacionados con el lugar de trabajo	Conglomerado comunitario	Porcentaje de casos en el conglomerado comunitario	Otras fuentes de transmisión	Porcentaje de casos según otras fuentes de transmisión
Auxiliares de enfermería	6880	4918	71	999	15	963	14
Personal médico	2987	2147	72	410	14	430	14
Personal administrativo	2878	1338	46	1033	36	507	18
Profesionales de enfermería	2386	1751	73	290	12	345	15
Psicología	299	96	32	136	45	67	23
Farmacia	195	77	39	86	44	32	17
Terapia respiratoria	165	132	80	11	7	22	13
Instrumentación quirúrgica	153	114	75	14	9	25	16
Personal técnico avanzado en radiología y diagnóstico por imágenes	127	90	71	20	16	17	13
Personal técnico avanzado prehospitalario	64	44	69	8	13	12	18
Epidemiología y salud pública	63	48	76	11	17	4	7
Trabajo social	62	28	45	23	37	11	18
Ingeniería biomédica	42	10	24	25	60	7	16
Otro personal de salud	5531	2740	50	1075	19	1716	31
<b>Total</b>	<b>21 832</b>	<b>13 533</b>	<b>62</b>	<b>4141</b>	<b>19</b>	<b>3423</b>	<b>19</b>

Fuente: Instituto Nacional de Salud. COVID-19 en personal de salud en Colombia. Boletín N.º 74, 28 de abril del 2021. Disponible en <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-personal-salud.aspx>. Datos al 10 de diciembre del 2020.

### Cuadro A3.4.

Comparación de disponibilidad de personal médico y profesionales de enfermería por varias fuentes de información en Colombia

Grupo ocupacional	Número total de CNPS (año) <sup>a</sup>	Densidad por cada 10 000 habitantes según las CNPS (año)	Número total según el Observatorio de Talento Humano en Salud del MS Colombia (año) <sup>1</sup>	Densidad por cada 10 000 habitantes según el Observatorio de Talento Humano en Salud del MS Colombia (año) <sup>b</sup>	Densidad promedio por cada 10 000 habitantes en ALC <sup>2</sup> (33 países)	Densidad promedio por cada 10 000 habitantes según la OCDE <sup>2</sup> (36 países)
Profesionales de enfermería	70 042 (2019)	13,91 (2019)	62 184 (2017)	12,2 (2017)	28	88
Auxiliares de enfermería	275 228 (2018)	55,42 (2018)	255 591 (2017)	49,9 (2017)	n.d.	n.d.
Personal médico	108 499 (2018)	21,85 (2018)	103 026 (2017)	20,25 (2017)	20	35

ALC: América Latina y el Caribe; CNPS: cuentas nacionales del personal de salud; MS: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; n.d.: datos no disponibles; OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

#### Notas:

a El último dato disponible para profesionales de enfermería es del 2019. Organización Mundial de la Salud. Portal de datos de las cuentas nacionales del personal de salud de la OMS. Ginebra: OMS. Disponible en <https://apps.who.int/nhwportal/>.

b La densidad de personal médico y de enfermería por cada 10 000 habitantes se calculó con base en la población total de Colombia: 50 882 891 para el año 2018. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población y Vivienda, 2018. Bogotá: DANE; 2018. Disponible en <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018>.

#### Fuentes:

1 Observatorio de Talento Humano en Salud de Colombia. Indicadores básicos. Bogotá: Ministerio de Salud; 2017. Disponible en <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Indicadores.aspx>. No incluye especialidades.

2 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. París: OCDE; 2020. Disponible en <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2020-6089164f-en.htm>.

### Cuadro A3.5.

Distribución total de los recursos humanos para la salud por grupo ocupacional y nivel educativo en Colombia

Auxiliar	Asistente de administración	4193
	Auxiliar de enfermería	254 104
	Asistente de salud bucal	29 590
	Asistente de salud pública	1746
	Asistente de servicios farmacéuticos	22 352
Personal técnico profesional	Técnico profesional prehospitalario	518
	Técnico profesional en citohistología	150

Personal técnico avanzado	Técnico avanzado de atención prehospitalaria	2206
	Técnico avanzado en citohistología	1201
	Técnico avanzado en gestión diagnóstica y terapéutica de fuentes abiertas	33
	Técnico superior en radiodiagnóstico y radioterapia	111
	Técnico avanzado en radiología y diagnóstico por imágenes	3545
	Técnico avanzado en radioterapia	145
	Técnico avanzado de regencia de farmacia	23 791
Profesionales universitarios	Bacteriología	22 828
	Enfermería	62 184
	Fisioterapia	29 483
	Terapia del lenguaje	11 694
	Instrumentación quirúrgica	10 775
	Medicina	103 026
	Nutrición y dieta	8089
	Odontología	49 247
	Optometría	5506
	Química farmacéutica	7397
	Terapia ocupacional	6969
	Terapia respiratoria	5844
	Subtotal	323 042
<b>Total</b>		<b>666 727</b>

Fuente: Observatorio de Talento Humano en Salud de Colombia. Indicadores básicos. Bogotá: Ministerio de Salud; 2017. Disponible en <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Indicadores.aspx>. No se especifica cuáles de estos RHS tienen educación posterior al pregrado.

### Cuadro A3.6.

Recursos humanos para la salud priorizados para atender pacientes con COVID-19 en Colombia

Grupo ocupacional	Total
Personal médico especializado <sup>a</sup>	6875
Profesionales de medicina general	75 676
Profesionales de enfermería	59 358
Terapistas <sup>b</sup>	33 397
Auxiliares	260 241
<b>Total</b>	<b>435 547</b>

**Notas:**

- a** Suma de especialistas en cuidados críticos de adultos y pediátricos, medicina interna, anestesiología y cirugía general.  
**b** Suma de profesionales en fisioterapia y terapia respiratoria.

Fuente: Ministerio de Salud. 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. Bogotá: Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/estimaciones-thcovid19.pdf>.

## Legislación relacionada con los recursos humanos para la salud

### Reclutamiento y reasignación

#### Cuadro A3.7.

Legislación sobre reclutamiento y reasignación de recursos humanos para la salud en Colombia

Fecha	Descripción	Dimensión	Normativa
24 y 28 de marzo del 2020	Se implementan equipos de salud multidisciplinarios para asegurar la continuidad en la APS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protección de poblaciones de grupos vulnerables de riesgo.</li> <li>• Las EPS son responsables de la organización e implementación de los equipos de salud multidisciplinarios; las direcciones departamentales y municipales son responsables de la monitorización.</li> </ul>	Reclutamiento y reasignación	Resoluciones N.º 502 y 521 del 2020
12 de abril del 2020	Convocatoria del personal de salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los RHS en ejercicio o estudiando; estudiantes (último año de pregrado), egresados de programas educativos en áreas de salud y estudiantes de posgrado.</li> <li>• Las universidades pueden graduar por adelantado a estudiantes de pregrado y posgrado (último año) de áreas clínicas.</li> <li>• Los RHS debe recibir capacitación.</li> </ul>	Reclutamiento	Decreto Presidencial N.º 538 del 2020
24 de abril del 2020	La resolución, adoptada por el MS Colombia, establece criterios, procedimientos y tiempos para la llamada nacional. Según el <i>Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia COVID-19</i> , <sup>1</sup> el departamento de salud regional apoya la búsqueda de RHS. Si es necesario, el MS realizará una convocatoria nacional.	Reclutamiento	Resolución N.º 628 del 2020
19 de mayo del 2020	Licencia provisional para ejercer para los RHS que estén realizando el Servicio Social Obligatorio. Las plazas adicionales del Servicio Social Obligatorio se distribuyen de la siguiente manera: 1200 plazas en medicina, 1300 en enfermería y 230 en bacteriología, con lugares de destino y tareas definidas.	Reclutamiento	Decreto Presidencial N.º 778 del 2020
20 de mayo del 2020	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:	Reclutamiento	Resolución N.º 779 del 2020

APS: atención primaria de salud; COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; EPS: entidades promotoras de salud; RHS: recursos humanos para la salud; SARS-CoV-2: coronavirus de tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave.

#### Fuentes:

<sup>1</sup> Plan de acción para la prestación de servicio de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19). Bogotá: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS01.pdf>.

## Incentivos y remuneración

### Cuadro A3.8.

#### Legislación sobre incentivos y remuneración para los recursos humanos para la salud en Colombia

Fecha	Descripción	Dimensión	Normativa
11 de julio del 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconocimiento de accidente de trabajo y enfermedad ocupacional si se demuestra la relación causal con los factores de riesgo ocupacional.</li> </ul>	Reglamento preexistente sobre disposiciones legislativas y administrativas de protección social	Artículos 3 y 4 de la Ley N.º 1562 del 2012 y artículo 3 de la Ley N.º 776 del 2002
17 de diciembre del 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>El monto de las prestaciones económicas por incapacidad temporal equivale al 100% de su salario base contributivo.<sup>1,2</sup></li> </ul>		
12 de abril del 2020	Reconocimiento económico temporal como proporción de la renta base cotizante media de cada grupo ocupacional. No es un factor salarial, se puede solicitar solo una vez.	Incentivos	Decreto Presidencial N.º 538 del 2020
6 de octubre del 2020	<p>Se formaliza el beneficio temporal a RHS, y ADRES es responsable de las transferencias de fondos. Recursos disponibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>COP 452 777 millones.</li> <li>247 504 profesionales de la salud, asistentes y RHS que trabajan en vigilancia epidemiológica, lo que representa 37,1% del total de RHS.</li> <li>61 288 beneficiarios de RHS (equivalente a COP 94 781 millones),<sup>3</sup> por lo que 24% de 247 504 RHS han recibido el bono.</li> </ul> <p>Regulación del Sistema Nacional de Residencias Médicas, con reconocimiento de más de 5000 médicos y médicas residentes. Asimismo, 3297 residentes se beneficiaron del programa de becas de crédito en 2019.</p> <p>El pago será de tres salarios mínimos legales vigentes (aproximadamente COP 2 650 000).<sup>4</sup></p>	Incentivos	Resolución N.º 1774 del 2020

ADRES: Administrador de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud; COP: pesos colombianos; RHS: recursos humanos para la salud.

#### Notas:

a En 2017 se estimaron en 666 831 los recursos humanos para la salud, para más información, véanse: Observatorio de Talento Humano en Salud de Colombia. Indicadores básicos. Bogotá: Ministerio de Salud. Disponible en <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalento humano/Paginas/Indicadores.aspx>. y Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue. Operativización de la Política y el Plan Andino de Recursos Humanos de Salud 2018-2022: informe final. Lima: ORAS-CONHU; 2019. Disponible en [http://www.orasconhu.org/portal/sites/default/files/file/webfiles/doc/POLITICA\\_ANDINA\\_DE\\_RECURSOS\\_HUMANOS\\_EN\\_SALUD.pdf](http://www.orasconhu.org/portal/sites/default/files/file/webfiles/doc/POLITICA_ANDINA_DE_RECURSOS_HUMANOS_EN_SALUD.pdf).

#### Fuentes:

- Ley 0776/2002, del 17 de diciembre. Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales. Bogotá: Congreso de la República; 2002. Disponible en <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=16752>.
- Ley 1562/2012. Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional. Bogotá: Congreso de la República; 2012. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1562-de-2012.pdf>.
- Ministerio de Salud. Minsalud entrega balance de pagos de bonificaciones al talento humano. Boletín de prensa N.º 852. Bogotá: Ministerio de Salud; 21 de octubre del 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-entrega-balance-de-pagos-de-bonificaciones-al-talento-humano.aspx>.
- Ministerio de Salud. Un año de logros en el sector salud. Boletín de prensa N.º 411. Bogotá: Ministerio de Salud; 30 de junio del 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Un-ano-de-logros-en-el-sector-salud.aspx>.

## Seguridad y salud en el trabajo, la prevención y el control de infecciones, y el bienestar

### Cuadro A3.9.

Legislación sobre seguridad y salud en el trabajo y la prevención y control de infecciones para los recursos humanos para la salud en Colombia

Fecha	Descripción	Dimensión	Normativa
Marzo del 2020	<p>El documento <i>Lineamientos de bioseguridad para prevenir la exposición ocupacional a la COVID-19</i> está dirigido a profesionales de la salud":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Destaca la importancia de realizar pruebas de detección al personal de la salud.</li> <li>• Acciones en caso de exposición de profesionales de la salud a la COVID-19.</li> <li>• Lista el tipo de EPP por actividad.</li> <li>• Necesidad de formación para el uso correcto de EPP.</li> <li>• Herramientas para hacer frente a la escasez de EPP.</li> <li>• Estigmatización (pauta para la comunicación).</li> <li>• Informe del procedimiento de accidente de trabajo a las ARL.</li> </ul>	Seguridad y salud en el trabajo	Guía GPSG04 del 2020
Marzo del 2020	Lineamientos de comunicación para evitar el estigma por la COVID-19.	Bienestar	Guía GPSG04 del 2020
31 de marzo del 2020	<p><i>Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por el SARS-CoV-2 (COVID-19):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención de la transmisión cruzada en las instituciones de salud.</li> <li>• Protección de grupos de mayor riesgo.</li> <li>• Garantizar las condiciones de bioseguridad y EPP de todo el personal de salud.</li> <li>• Garantizar insumos, medicamentos y demás elementos necesarios para la atención al paciente.</li> <li>• Redirigir el uso de la capacidad instalada a pacientes con infección por SARS-CoV-2 (COVID-19).</li> <li>• Expansión de la capacidad instalada para mitigar la saturación.</li> <li>• Garantizar la disponibilidad de recursos humanos para la atención.</li> </ul>	Prevención y control de infecciones	Resolución N.º 536 del 2020 (PSSS01, versión 1)
31 de marzo del 2020	<p>Si bien se aplica solo a las ARL públicas, los empleadores son responsables de la seguridad de los trabajadores.</p> <p>La ARL realiza las actividades de prevención. Se requiere que 7% de los recursos se destinen a la adquisición de EPP y las actividades de promoción y prevención.</p>	Prevención y control de infecciones	Resolución N.º 500 del 2020



Fecha	Descripción	Dimensión	Normativa
30 de marzo del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento para el bienestar mental y el estrés para RHS.</li> <li>Las ARL son responsables de implementar procedimientos en sus funciones preventivas y de apoyo.</li> </ul>	Bienestar	Guía GPSG03 del 2020
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Línea directa nacional gratuita para la prestación de asesoramiento permanente al personal de las UCI (Red de Apoyo Intensivo AMCI).</li> </ul> <p>En 11 semanas de funcionamiento se han recibido más de 500 llamadas y han contribuido 70 especialistas en CI<sup>1</sup></p>	Bienestar	
12 de abril del 2020	Orientación para el uso adecuado de los EPP por parte de los profesionales de la salud a la COVID-19 en el trabajo y en el hogar.	Seguridad y salud en el trabajo	Guía GIPS20 del 2020
12 de abril del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las ARL privadas son responsables del financiamiento y la entrega de EPP a sus afiliados.</li> <li>Los costos de los EPP serán reembolsados por ADRES.</li> </ul>	Prevención y control de infecciones	Decreto Presidencial N.º 538 del 2020
24 de abril del 2020	<p>Protocolo de bioseguridad para el manejo de la COVID-19. Las obligaciones del empleador o contratante son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Informar a las EPS y a las compañías de seguros de riesgo laboral los casos con diagnóstico presuntivo y confirmado de COVID-19.</li> <li>Recibir apoyo de la compañía de seguros de riesgos laborales en la identificación y evaluación de riesgos y junto con la EPS en relación con la promoción de actividades de salud y prevención de enfermedades.</li> <li>Solicitar asistencia y asesoramiento técnico a la compañía de seguros de riesgos laborales</li> <li>Proporcionar a los empleados los EPP que deban ser utilizados para el cumplimiento de las actividades laborales realizadas a favor del empleador.</li> </ul>	Seguridad y salud en el trabajo	Resolución N.º 666 del 2020
19 de mayo del 2020	Se reconoce a la COVID-19 como una enfermedad laboral directa para el personal de salud, incluido el personal administrativo, de limpieza, de vigilancia y de apoyo.	Seguridad y salud en el trabajo	Decreto Presidencial N.º 676 del 2020
19 de mayo del 2020	Las ARL asumen los costos derivados de la actividad de detección y diagnóstico.	Prevención y control de infecciones	Decreto Presidencial N.º 676 del 2020
20 de mayo del 2020	Se establece que los RHS tienen prioridad para que se les realicen pruebas de detección del SARS-CoV-2 (cada 15 días).	Prevención y control de infecciones	Resolución N.º 779 del 2020

ADRES: Administrador de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud; ARL: administradoras de riesgos laborales; COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; EPP: equipos de protección personal; EPS: entidades promotoras de salud; RHS: recursos humanos para la salud; SARS-CoV-2: coronavirus de tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave; UCI: unidades de cuidado intensivo.

**Fuente:** Ministerio de Salud. La AMCI fortalece capacidades del talento humano en salud. Boletín de prensa N.º 501. Bogotá: Ministerio de Salud; 21 de julio del 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/La-AMCI-fortalece-capacidades-del-talento-humano-en-salud.aspx>.

## Capacitación

### Cuadro A3.10.

#### Recursos humanos para la salud capacitados en Colombia

Institución	Personal de salud capacitado
ASCOFAME, SENA, OPS y seminarios virtuales dictados por el Ministerio de Salud <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 83 991 personas antes del 30 de julio del 2020.</li> <li>• 111 318 personas al 21 de octubre del 2020: corresponde a 14,65% de los RHS capacitados en temas relacionados con COVID-19 sobre el total de los RHS dedicados a la mitigación y contención de la COVID-19.</li> </ul>
Formación virtual gratuita por parte de ASCOFAME <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curso multidisciplinario para la conformación de equipos: tomado por 37 000 profesionales, de los cuales 16 000 (43%) recibieron la certificación.</li> <li>• Fortalecimiento y capacitación del laboratorio clínico: 17 facultades cuentan con laboratorios que procesan pruebas diagnósticas.</li> <li>• Implementación continua del curso para profesionales de APS, autocuidado y cuidadores de pacientes crónicos</li> </ul>
Capacitación virtual gratuita <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASCOFAME, ACOFAEN, AMCCI, SENA, PAHO, la Universidad de Antioquia, La Universidad CES, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC), la Fundación Cardiovascular y el IETS.</li> <li>• 95 000 personas antes del 31 de agosto del 2020.</li> <li>• 47 000 personas (49%) recibieron capacitación en cuidados intensivos.</li> </ul>
ACMI <sup>4</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de la línea nacional gratuita para la prestación de asesoramiento permanente al personal de las UCI (línea Red de Apoyo Intensivo, AMCI).</li> <li>• En 11 semanas de funcionamiento se han recibido más de 500 llamadas y han contribuido 70 especialistas en CI.</li> </ul>
Capacitación de personal para informar y orientar a la población sobre la COVID-19	<p>Recibieron capacitación sobre la prevención, el uso de máscaras, el lavado de manos, los mensajes de aislamiento y los signos identificativos de COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 150 personas (línea telefónica de asistencia 192).</li> <li>• 220 personas (línea telefónica de atención del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar).</li> </ul>

ACMI: Asociación Colombiana de Medicina Interna; ACOFAEN: Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería; ASCOFAME: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; APS: atención primaria de salud; COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; IETS: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud; OPS: Organización Panamericana de la Salud; SENA: Servicio Nacional de Aprendizaje; UCI: unidades de cuidado intensivo.

#### Fuentes:

1 Ministerio de Salud. Minsalud entrega balance de pagos de bonificaciones al talento humano. Boletín de prensa N.º 852. Bogotá: Ministerio de Salud; 21 de octubre del 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-entrega-balance-de-pagos-de-bonificaciones-al-talento-humano.aspx>.

2 Ministerio de Salud de Colombia. Boletín de prensa n.º 527. Gobierno Nacional y Ascofame diseñaron curso multidisciplinario para manejo de pacientes COVID-19. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-Nacional-y-Ascofame-disenaron-curso-multidisciplinario-para-manejo-de-pacientes-covid-19-.aspx>.

3 Ministerio de Salud. Colombia entra en una nueva fase de aislamiento. Boletín de prensa N.º 662. Bogotá: Ministerio de Salud; 31 de agosto del 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-entra-en-una-nueva-fase-de-aislamiento.aspx>.

4 Ministerio de Salud. La AMCI fortalece capacidades del talento humano en salud. Boletín de prensa N.º 501. Bogotá: Ministerio de Salud; 21 de julio del 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/La-AMCI-fortalece-capacidades-del-talento-humano-en-salud.aspx>.

## Financiamiento

### Cuadro A3.11.

#### Legislación sobre financiamiento de recursos humanos para la salud en Colombia

Fecha	Descripción	Legislación
17 de marzo del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se introduce el Fondo de Ayuda de Emergencia (FOME).</li> <li>Se transfieren \$ 7300 millones al MS Colombia y a ADRES.</li> <li>Se introduce la contratación directa.</li> </ul>	Decreto Presidencial N.º 417 del 2020
21 de marzo del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>El FOME se constituye como un fondo adscrito al Ministerio de Hacienda y Crédito Público creado principalmente con recursos disponibles de FAE y FONPET.</li> <li>Suministro de recursos para hacer frente a emergencias sanitarias.</li> <li>Ayuda económica a las personas más vulnerables.</li> </ul>	Resolución N.º 444 del 2020
31 de marzo del 2020	Recursos transferidos del ADRES a las EPS según el valor máximo de capitación por número de afiliados.	Resolución N.º 535 del 2020
17 de abril del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las EPS pueden utilizar las reservas del balance como activo circulante para el pago a las IPS.</li> <li>Liquidez inmediata por COP 1600 millones.</li> </ul>	Resolución N.º 619 del 2020
17 de abril del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alivio de la deuda de los ADRES, las entidades territoriales y las EPS.</li> <li>El CONFIS aprobó los servicios de salud no incluidos antes en el reembolso por capitación (COP 2170 millones).</li> <li>Se simplificaron los requisitos para la inclusión en el sistema de capitación (costo estimado: COP 4700- 5200 millones).</li> </ul>	Resolución N.º 618 del 2020
7 de mayo del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contratos EPS-IPS.</li> <li>En caso de un plan fijo, se requiere que las EPS mantengan los pagos a los IPS.</li> <li>En caso de plan variable, las EPS implementan un pago anticipado de 20% a las IPS.</li> </ul>	Resolución N.º 731 del 2020

ADRES: Administrador de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud; CONFIS: Consejo Superior de Política Fiscal; COP: pesos colombianos; EPS: entidades promotoras de salud; FAE: Fondo de ahorro y estabilización; FOME: Fondo de Ayuda de Emergencia; FONPET: Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales; IPS: instituciones prestadoras de servicios de salud; MS: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

## Movilizaciones y ataques

### Cuadro A3.12.

Recopilación de notas de prensa sobre movilizaciones y ataques a los recursos humanos para la salud en Colombia

Fecha	Descripción	Dimensión
13 de abril del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Movilizaciones en respuesta al Decreto Presidencial N.º 538 del 2020 sobre la convocatoria obligatoria.<sup>1</sup></li> </ul>	Movilización
20 de abril del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Clínica Apartadó notifica la falta de pago en los sueldos y falta de EPP proporcionados por la ARL.</li> <li>El Hospital San Rafael de Leticia en Amazonas informa la falta de EPP.</li> <li>El Hospital San Vicente de Paul, en Santa Rosa de Cabal (Risaralda) informó la falta de EPP y formalización de contratación.<sup>2</sup></li> </ul>	Movilización
21 de abril del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Simón Bolívar.<sup>3</sup></li> </ul>	Movilización
21 de abril del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salarios impagos.</li> <li>Falta de EPP.<sup>4</sup></li> <li>Denuncia de inestabilidad laboral.</li> </ul>	Movilización
25 de junio del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abrogación de la Ley N.º 100 de 1993.</li> <li>La contratación se realiza mediante la externalización a terceros.</li> <li>Salarios sin pago.<sup>5</sup></li> </ul>	Movilización
	<ul style="list-style-type: none"> <li>242 ataques contra la misión médica (al 30 de septiembre del 2020), lo que representa un aumento de 63% en comparación con el mismo período en el 2019.<sup>6</sup></li> <li>38% de los casos de agresión contra profesionales de la salud ocurrieron en un contexto relacionado con la pandemia, ya sea por ser acusados de negligencia médica o discriminados por ser considerados una fuente de contagio.</li> </ul>	Ataques

ARL: administradora de riesgos laborales; EPP: equipos de protección personal.

#### Fuentes:

1 Portafolio. Sector salud convoca a plantón por decreto 538. Portafolio; 13 de abril del 2020. Disponible en <https://www.portafolio.co/economia/sector-salud-convoca-a-planton-por-decreto-538-539838>.

2 Confidencial Colombia. Las protestas del personal de la salud en Colombia. Confidencial Colombia; 20 de abril del 2020. Disponible en <https://confidencial-colombia.com/lo-mas-confidencial/salud-medicos-protestas/2020/04/20/>.

3 Arias Bonfante D. Personal de la salud protesta por mejores condiciones para atender pandemia. RCN Radio; 21 de abril del 2020. Disponible en <https://www.rcnradio.com/bogota/personal-de-la-salud-protesta-por-mejores-condiciones-para-atender-pandemia>.

4 Aguilar Salas N. Protesta nacional de trabajadores de la salud. Pares; 20 de abril del 2020. Disponible en <https://pares.com.co/2020/04/20/protesta-nacional-de-trabajadores-de-la-salud-este-21-de-abril/>.

5 Cabrera D. Profesionales de la salud realizaron protestas en el país. LaFM; 25 de junio del 2020. Disponible en <https://www.lafm.com.co/colombia/profesionales-de-la-salud-realizaron-protestas-en-el-pais>.

6 Ministerio de Salud. Misión Médica ha recibido 242 ataques en el transcurso del año. Boletín de prensa N.º 843. Bogotá: Ministerio de Salud; 19 de octubre del 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mision-Medica-ha-recibido-242-ataques-en-el-transcurso-del-ano.aspx>.

# Anexo 4. Ecuador

## Indicadores adicionales sobre recursos humanos para la salud

### Cuadro A4.1.

Objetivos y pilares del Plan de Preparación y Respuesta del Ecuador ante la COVID-19

Objetivos	Pilares
Disminuir y detener la transmisión, prevenir brotes y retrasar la propagación	<b>Pilar 1.</b> Coordinación, planificación y seguimiento a nivel nacional a través de un mecanismo multisectorial de coordinación y respuesta a la COVID-19.
	<b>Pilar 2.</b> Comunicación de riesgos y participación de la comunidad a través de un plan de comunicación en crisis con estrategias de prevención y preparación ante COVID-19.
	<b>Pilar 3.</b> Vigilancia, equipos de respuesta rápida e investigación de casos diarios con información desagregada por provincia y cantones.
	<b>Pilar 4.</b> Puntos de entrada designados por el país con planes de contingencia actualizados y en funcionamiento.
	<b>Pilar 5.</b> Laboratorios nacionales con capacidad para gestionar mayor volumen de muestras de casos con diagnóstico presuntivo.
Proveer cuidado óptimo para todos los pacientes, en especial aquellos con cuadros graves	<b>Pilar 6.</b> Prácticas de prevención y control de infecciones (PCI) revisadas y mejoradas. Dentro de sus metas incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 10% de profesionales de la salud con COVID-19.</li> <li>• 100% del personal de salud capacitado en PCI.</li> </ul>
	<b>Pilar 7.</b> Manejo de casos de COVID-19 mientras se mantienen los servicios de salud habituales.
	<b>Pilar 8.</b> Apoyo operativo y aspectos logísticos revisados en áreas clave como la compra de insumos o pago al personal.
Minimizar el impacto de la pandemia en los sistemas de salud, los servicios sociales y las actividades.	<b>Pilar 9.</b> Mantenimiento de los servicios esenciales en salud durante un brote de COVID-19.
	<b>Pilar 10.</b> Atención psicosocial que ayude a preservar la salud mental de la población. Entre sus metas se incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100% de los RHS involucrados en la respuesta a la COVID-19 participan en actividades de contención y descarga al menos cada 15 días.</li> <li>• 70% de los RHS involucrados en la respuesta a la COVID-19 capacitados en primera ayuda psicológica y autocuidado.</li> <li>• 50% de los RHS de primer nivel de atención involucrados en la respuesta a la COVID-19 capacitados en emergencias.</li> </ul>

COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; PCI: prevención y control de infecciones; RHS: recursos humanos para la salud.

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan de preparación y respuesta del Ecuador ante la COVID-19. Quito: Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social; 2020.

**Cuadro A4.2.****Convenios de cooperación interinstitucional en Ecuador**

N.º	Convenios	Instituciones de educación superior	Fecha de suscripción
1	Convenio marco de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y la Escuela Politécnica Estatal del Carchi.	Escuela Politécnica Estatal del Carchi	23/1/2020
2	Convenio marco de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad San Francisco de Quito.	Universidad San Francisco de Quito	23/1/2020
3	Convenio específico de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sobre las especialidades médicas.	Pontificia Universidad Católica del Ecuador	13/2/2020
4	Convenio específico de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad del Azuay para el desarrollo de la tercera cohorte del programa de medicina familiar y comunitaria.	Universidad del Azuay	19/2/2020
5	Convenio marco de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad de las Fuerzas Armadas.	Universidad de las Fuerzas Armadas	27/2/2020
6	Convenio marco de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y la Escuela Politécnica del Litoral.	Escuela Politécnica del Litoral	5/3/2020
7	Convenio marco de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad Central del Ecuador.	Universidad Central del Ecuador	20/3/2020
8	Convenio marco de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad San Gregorio de Portoviejo.	Universidad San Gregorio de Portoviejo	10/4/2020
9	Convenio específico de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.	Pontificia Universidad Católica del Ecuador	10/4/2020
10	Convenio marco de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Superior American College.	Instituto Superior American College	10/4/2020
11	Convenio específico de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para el desarrollo de la tercera cohorte del programa de medicina familiar y comunitaria.	Pontificia Universidad Católica del Ecuador	25/4/2020
12	Convenio marco de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad Iberoamericana del Ecuador.	Universidad Iberoamericana del Ecuador	27/8/2020

## Legislación relacionada con los recursos humanos para la salud

### Reclutamiento y reasignación

#### Cuadro A4.3

Legislación sobre reclutamiento y reasignación de recursos humanos para la salud en Ecuador

Fecha	Descripción	Dimensión	Normativa
12 de marzo del 2020	El Ministerio de Salud Pública declara el estado de emergencia sanitaria y autoriza la contratación directa de bienes y servicios necesarios para superar la emergencia. Además, se activa el Comité Nacional Operativo de Emergencias liberado por el vicepresidente de la República y las mesas técnicas para la respuesta a la pandemia y la coordinación con los gobiernos autónomos descentralizados.	Reclutamiento	Acuerdo Ministerial N.º 126 del 2020
22 de junio del 2020	El artículo 25 de la Ley Orgánica de Apoyo Humanitario establece que se le otorgará de inmediato del nombramiento definitivo al personal de salud que hayan trabajado durante la emergencia sanitaria de la COVID-19 con un contrato ocasional o nombramiento provisional. La reglamentación limitó la acción de esta ley, de manera que no se ha podido dar cumplimiento en su totalidad, debido al alto costo que tienen las contrataciones de profesionales de la salud para hacer frente a la pandemia.	Reclutamiento	Ley Orgánica de Apoyo Humanitario

### Seguridad y salud en el trabajo y la prevención y el control de infecciones

#### Cuadro A4.4

Legislación sobre seguridad y salud en el trabajo y prevención y control de infecciones para los recursos humanos para la salud en Ecuador

Fecha	Descripción	Dimensión	Normativa
3 de mayo del 2020	Expedir las directrices para el retorno al trabajo presencial del servicio público como la continuidad del teletrabajo, establecer jornadas especiales y la determinación de un plan progresivo de retorno al trabajo presencial.	Seguridad y salud en el trabajo	Acuerdo Ministerial N.º 117 del 2020

## Movilizaciones y ataques

### Cuadro A4.5.

Recopilación de notas de prensa sobre movilizaciones de los recursos humanos para la salud en Ecuador

Fecha	Descripción
28 de abril del 2020	Medio centenar de RHS protestó en las afueras del hospital público Eugenio Espejo de Quito, en demanda de la dotación de equipos de protección, presupuesto para la salud, estabilidad laboral para el personal de salud, reintegro del personal despedido en el sector, así como la realización de pruebas de detección del SARS-CoV-2. <sup>1</sup>
20 de mayo del 2020	En el hospital General Santo Domingo, destinado a atender pacientes con otras patologías excepto COVID-19, el personal médico y administrativo realizó un plantón por los despidos de 15 personas que laboran en el área administrativa y financiera. <sup>2</sup>
22 de mayo del 2020	En reacción a la decisión de la supresión de los contratos de 2279 personas, que corresponden a 2,8% de la nómina del Ministerio de Salud, que corresponden a la parte administrativa, y con el objetivo de reducir entre 10% y 15% del gasto, el 25 de mayo del 2020 se programaron movilizaciones convocadas por las centrales obreras y sindicatos de trabajadores y profesionales de la salud. <sup>3,4</sup>
20 de julio del 2020	Un grupo de estudiantes de posgrado de carreras de la salud, que estudian con becas, se movilizó por la falta de la cancelación desde hace 3 meses de la subvención acordada en sus contratos. <sup>5,6</sup> Es necesario aclarar que, según el Ministerio de Salud Pública, el origen de esta falta de pago se debe a que los posgradistas no han presentado la documentación requerida para el procesamiento del pago.
3 de agosto del 2020	Un grupo de trabajadores y profesionales de la salud se movilizaron en Guayaquil, por la desvinculación de 200 RHS, en medio de la emergencia sanitaria por la COVID-19 que, habían laborado durante el pico de contagio del coronavirus. <sup>7</sup>
19 de agosto del 2020	El frente de gremios de la salud anunció que presentarán una demanda contra el Estado para solicitar una indemnización a favor de los huérfanos y viudas de 120 médicos que fallecieron durante la pandemia, mientras atendían a los afectados de COVID-19 en las casas de salud pública. <sup>8</sup>
25 de agosto del 2020	Personal médico se movilizó en Guayaquil por la falta de pago, aseguraban que eran aproximadamente 5000 profesionales de la salud sin recibir salarios en el país por cerca de 2 meses. <sup>9</sup>
15 de septiembre del 2020	Cientos de médicos de posgrado se movilizaron en las tres principales ciudades del país por el retraso en el pago de sus remuneraciones que fueron aprobadas a partir de julio del 2020, pues antes de la pandemia, los médicos que estudian posgrados realizaban prácticas no remuneradas en los hospitales públicos. <sup>10</sup>



Fecha	Descripción
1, 12, 19, 20, 27 de octubre del 2020	Los legisladores, profesionales y trabajadores de la salud anuncian acciones políticas, judiciales y movilizaciones, incluida huelga de hambre, para que se derogue el artículo 10 y 40 del reglamento a la Ley Orgánica de Apoyo Humanitario, pues a pesar que esta ley establece los mecanismos para los nombramientos definitivos a todo los RHS que laboraron durante la emergencia sanitaria derivada por la COVID-19, su reglamentación limita su aplicación y establece que los nombramientos se otorgarían de manera paulatina según la necesidad y la disponibilidad presupuestaria. <sup>11-17</sup>
13 y 30 de noviembre del 2020	

COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; RHS: recursos humanos para la salud ; SARS-CoV-2: coronavirus de tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave.

#### Fuentes:

- 1 Agencia EFE. Personal sanitario protesta por falta de equipos de protección en Ecuador. Primicias; 28 de abril del 2020. Disponible en <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/personal-sanitario-protesta-equipos-proteccion-ecuador/>.
- 2 El Universo. Personal médico de hospital de Santo Domingo protesta por despidos. El Universo; 20 de mayo del 2020. Disponible en <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/05/20/nota/7846935/hospital-santo-domingo-protesta/>.
- 3 El Universo. Los trabajadores de la salud se sumarán a las protestas por los despidos. El Universo; 22 de mayo del 2020. Disponible en <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/05/22/nota/7849206/lunes-trabajadores-salud-se-suman-protestas-despidos/>.
- 4 Edición médica. Ministerio de Salud despide personal a nivel nacional para reducir entre un 10 y 15% su gasto. Edición médica; 22 de mayo del 2020. Disponible en <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ministerio-de-salud-despide-personal-a-nivel-nacional-para-reducir-entre-un-10-y-15-su-gasto--95867>.
- 5 Heredia V. Posgradistas becados organizaron un plantón porque no les han pagado sus subvenciones, desde hace tres meses. El Comercio; 20 de julio del 2020. Disponible en <https://www.elcomercio.com/actualidad/posgradistas-becados-planton-quito-subvenciones.html>.
- 6 Heredia V. Médicos posgradistas rechazan pronunciamiento del Ministro de Salud. El Comercio; 21 de julio del 2020. Disponible en <https://www.elcomercio.com/actualidad/posgradistas-rechazan-pronunciamiento-ministro-salud.html>.
- 7 El Comercio. Protesta de médicos, enfermeras y trabajadores de la salud por despidos en Guayaquil (video). El Comercio; 3 de agosto del 2020. Disponible en <https://www.elcomercio.com/video/protesta-medicos-despidos-guayaquil-pandemia.html>.
- 8 Trujillo Y. Ecuador: gremios de la salud demandarán al Estado y profesores protestan por impagos. NODAL; 19 de agosto del 2020. Disponible en <https://www.nodal.am/2020/08/ecuador-gremios-de-la-salud-demandaran-al-estado-y-profesores-protestan-por-impagos/>.
- 9 TeleSURtv.net. Médicos ecuatorianos protestan contra impago de salarios. TeleSURtv.net; 25 de agosto del 2020. Disponible en <https://www.telesurtv.net/news/medicos-ecuador-protestas-salario-lenin-moreno-20200825-0019.html>.
- 10 Reuters. Médicos de posgrado de Ecuador hacen huelga en protesta salarial durante la pandemia. Reuters; 15 de septiembre del 2020. Disponible en <https://www.reuters.com/article/salud-coronavirus-ecuador-medicos-idESKBN2670MF>.
- 11 El Universo. Asambleaístas, profesionales y trabajadores de la salud anuncian acciones políticas, legales y de protesta en rechazo al reglamento a la Ley Humanitaria. El Universo; 1 de octubre del 2020. Disponible en <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/10/01/nota/7997848/rechazo-reglamento-ley-humanitaria-profesionales-trabajadores-salud/>.
- 12 El Universo. Trabajadores de la salud anuncian nuevas movilizaciones en contra del reglamento de la Ley Humanitaria. El Universo; 12 de octubre del 2020. Disponible en <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/10/12/nota/8011597/manifestaciones-trabajadores-salud-ley-humanitaria-ecuador/>.
- 13 El Universo. Trabajadores del sector salud convocan a nuevas movilizaciones en rechazo al reglamento a la Ley Humanitaria. El Universo; 19 de octubre del 2020. Disponible en <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/10/19/nota/8019826/movilizaciones-profesionales-trabajadores-salud-reglamento-ley/>.
- 14 El Universo. Trabajadores de la salud anuncian huelga de hambre por los artículos 10 y 40 del reglamento a la Ley Humanitaria. El Universo; 20 de octubre del 2020. Disponible en <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/10/20/nota/8021176/manifestaciones-profesionales-trabajadores-salud-reglamento-ley/>.
- 15 Heredia V. Gremio de enfermeros protestará el Lunes 9 de noviembre del 2020 en Quito por estabilidad laboral. El Comercio; 27 de octubre del 2020. Disponible en <https://www.elcomercio.com/actualidad/gremio-enfermeros-protesta-ley-humanitaria.html>.
- 16 El Universo. Lunes 16 de noviembre los médicos y trabajadores de la salud reactivarán protestas por el reglamento a la Ley Humanitaria. El Universo; 12 de noviembre del 2020. Disponible en <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/11/12/nota/8046604/ley-humanitaria-ecuador-medicos-trabajadores-salud-anuncian/>.
- 17 El Universo. Los profesionales y trabajadores de la salud reactivan protestas para presionar cambios al reglamento de la Ley Humanitaria sobre nombramientos definitivos. El Universo; 28 de noviembre del 2020. Disponible en <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/11/28/nota/8065015/profesionales-trabajadores-salud-reactivan-protestas-reformas/>.

# Anexo 5. Perú

## Indicadores adicionales sobre recursos humanos para la salud

### Cuadro A5.1.

Disponibilidad de los recursos humanos para la salud en el Ministerio de Salud de Perú y en los gobiernos regionales, según grupo ocupacional en Perú

Grupo ocupacional	Agosto de 2020	Proporción (%) <sup>1</sup>	Diciembre de 2020	Proporción (%) <sup>2</sup>
Profesional asistencial	116 052	46,52	118 232	46
Personal médico	31 615	12,67	32 309	13
Profesional de enfermería	42 819	17,16	43 635	17
Obstetricia	17 578	7,05	17 716	7
Odontología	5460	2,19	5226	2
Biología	3070	1,23	3193	1
Ingeniería sanitaria	191	0,08	186	0
Veterinaria	372	0,15	326	0
Nutrición	2053	0,82	1999	1
Psicología	3472	1,39	3832	1
Química	85	0,03	87	0
Química farmacéutica	3258	1,31	3211	1
Personal técnico especializado	282	0,11	3904	2
Tecnología médica	3793	1,52	1808	1
Trabajo social	1791	0,72	280	0
Profesional asistencial no especificado	213	0,09	520	0
Personal profesional administrativo	13 823	5,54	13 694	5
Técnico asistencial	66 806	26,78	72 220	28
Técnico administrativo	30 918	12,39	30 401	12
Auxiliar asistencial	6186	2,48	7636	3
Auxiliar administrativo	15 674	6,28	15 383	6
<b>Total</b>	<b>249 459</b>	<b>100,00</b>	<b>257 566</b>	<b>100</b>

#### Fuentes:

1 Ministerio de Salud. Dirección General del Personal de la Salud. Lima: DIGEP; 2020. Disponible en <http://digep.minsa.gob.pe/>. Datos a agosto del 2020.

2 Respuesta del Ministerio de Salud de Perú al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 31 de marzo del 2021. Datos a diciembre del 2020.

**Cuadro A5.2.**

Densidad de personal médico, profesionales de enfermería y obstetras por cada 10 000 habitantes por departamento en Perú

Región	Densidad de personal médico	Densidad de profesionales de enfermería	Densidad de obstetras	Densidad total
Piura	8,21	10,19	5,30	23,71
Loreto	8,22	10,53	5,28	24,04
San Martín	8,88	11,22	7,13	27,22
Ucayali	9,40	14,14	6,74	30,28
La libertad	12,93	13,33	4,25	30,51
Cajamarca	8,12	15,15	7,28	30,55
Lambayeque	12,95	16,77	5,01	34,73
Ancash	10,51	17,03	7,56	35,11
Cusco	12,29	16,82	6,85	35,95
Amazonas	9,23	17,69	9,68	36,60
Ica	14,28	17,84	4,58	36,71
Puno	9,79	19,19	8,00	36,99
Tumbes	12,76	17,26	7,24	37,25
Junín	11,23	18,97	8,50	38,70
Madre de Dios	13,18	21,11	8,46	42,75
Arequipa	18,30	21,11	5,30	44,70
Pasco	13,09	20,63	11,07	44,80
Callao	22,43	18,90	3,63	44,95
Lima	21,57	19,98	4,07	45,63
Huánuco	9,69	22,99	14,05	46,73
Tacna	18,30	21,46	7,25	47,01
Ayacucho	10,46	24,23	13,96	48,65
Moquegua	20,75	29,57	9,75	60,08
Huancavelica	13,99	28,66	18,72	61,37
Apurímac	15,18	33,01	14,21	62,40
Perú	15,20	18,07	6,13	39,39

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General del Personal de la Salud. Lima: DIGEP; 2020. Disponible en <http://digep.minsa.gob.pe/>. Datos a diciembre del 2020.

**Cuadro A5.3.**

Densidad de personal médico por cada 10 000 habitantes por departamento en Perú, 2013-2020

Departamento	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Amazonas	6,2	7	7,3	7,6	7,9	9,1	9,1	9,2
Ancash	7,5	8,2	8,2	7,9	8,6	8,4	8,9	10,5
Apurimac	9,2	10,2	10,3	10,3	11,2	12,3	12,9	15,2
Arequipa	14,7	16,4	17,4	18,3	17,7	17,6	18,7	18,3
Ayacucho	6,8	7,1	7	7,7	8	8,5	8,5	10,5
Cajamarca	5,5	5,8	5,5	5,7	6,2	6,5	6,6	8,1
Callao	21,7	23,7	24,5	15,5	25,4	22,5	24,4	22,4
Cusco	7,9	8,6	8,4	8	8,6	10	10,6	12,3
Huancavelica	7,7	7,4	7,2	6,9	8,1	9,1	8,7	14,0
Huanuco	5,7	5,8	5,9	5,5	6,1	6,6	6,8	9,7
Ica	12,6	12,7	13,8	14,3	15	15,3	16,4	14,3
Junin	6,4	6,7	6,6	7	7,8	8,4	9,8	11,2
La Libertad	9,5	9,9	11,2	12,1	11,8	11,7	12,4	12,9
Lambayeque	10	10,3	10,7	10,8	10,6	11,6	12,8	13,0
Lima	17,8	17,9	18,3	20,3	18,9	20,5	18,9	21,6
Loreto	4,8	5,2	5,1	5,8	6,2	7,2	7,4	8,2
Madre De Dios	11,1	12	10,8	10,6	0,9	11	11,8	13,2
Moquegua	11,8	11,3	11,9	12	13,4	15,2	16,4	20,8
Pasco	8,9	7,5	7,4	7,7	8,2	10,6	9,8	13,1
Piura	6,1	6,5	6,6	6,7	7	7,2	7,5	8,2
Puno	5,8	6,4	6,3	6,3	6,8	7,2	7,4	9,8
San Martin	5,5	5,7	6,3	6,2	6,4	7,6	7,7	8,9
Tacna	13,7	14,2	14,6	14,6	15,8	16,2	16,2	18,3
Tumbes	9,3	10,4	11,6	12,2	11,8	12,6	11,9	12,8
Ucayali	6,8	7,2	7,3	6,9	7,8	8,3	9,1	9,4

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General del Personal de la Salud. Lima: DIGEP; 2020. Disponible en <http://digep.minsa.gob.pe/>. Datos a diciembre del 2020.

#### Cuadro A5.4.

Estimación de los recursos humanos para la salud del subsistema público que pertenecen a grupos de riesgos para la COVID-19 en Perú, por grupo ocupacional

Grupo	Agosto del 2020 <sup>a</sup>	Distribución (%) <sup>b</sup>	Diciembre del 2020 <sup>c</sup>	Distribución <sup>c</sup>
Personal médico	3829	13	3834	12
Profesionales de enfermería	3623	12	3733	12
Biología	195	1	200	1
Otro personal asistencial	3488	11	3600	12
Técnicos asistenciales	8363	27	9470	30
Auxiliares asistenciales	956	3	9050	29
Personal administrativo	10 032	33	1205	4
<b>Total</b>	<b>30 486</b>	<b>100</b>	<b>31 092</b>	<b>100</b>

**Notas:**

a Respuesta del Ministerio de Salud de Perú al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 21 de octubre del 2020. Datos a agosto del 2020.

b Cálculos con base en la información del Observatorio de recursos humanos para la salud de la Dirección General de Personal de la Salud a agosto del 2020. Para más información, véase <http://digep.minsa.gob.pe/>.

c Respuesta del Ministerio de Salud de Perú al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 31 de marzo del 2021. Datos a diciembre del 2020.

### Cuadro A5.5.

Estimación de los recursos humanos para la salud del subsistema público que pertenece a grupos de riesgos para la COVID-19 en Perú, por región

Departamento	RHS pertenecientes a grupos de riesgos (a agosto del 2020 <sup>a</sup> )	Distribución por departamento (%)	RHS por región (a marzo del 2020) <sup>b</sup>	Porcentaje de los RHS en riesgo
Lima	13 122	43	73 481	17,9
Arequipa	1576	5	8131	19,4
Junín	1387	5	8676	16,0
Puno	1361	4	7457	18,3
La libertad	1326	4	8918	14,9
Callao	1274	4	8591	14,8
Ica	1111	4	6037	18,4
Ancash	967	3	7628	12,7
Cusco	962	3	7951	12,1
Piura	960	3	9719	9,9
Lambayeque	855	3	6557	13,0
Cajamarca	748	2	8841	8,5
Loreto	674	2	7167	9,4
Ayacucho	656	2	6488	10,1
Huánuco	534	2	5650	9,5
Tacna	485	2	2521	19,2
San Martín	481	2	5755	8,4
Ucayali	433	1	4321	10,0
Apurímac	342	1	5552	6,2
Huancavelica	291	1	4494	6,5
Amazonas	216	1	3874	5,6
Moquegua	206	1	1872	11,0
Pasco	206	1	1857	11,1
Tumbes	190	1	1959	9,7
Madre de Dios	123	0	1178	10,4
<b>Total</b>	<b>30 486</b>	<b>100</b>	<b>214 675</b>	<b>14,2</b>

RHS: recursos humanos para la salud.

#### Notas:

**a** Respuesta del Ministerio de Salud de Perú al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 21 de octubre del 2020. Datos a agosto del 2020.

**b** Cálculos con base en la información del Observatorio de recursos humanos para la salud de la Dirección General de Personal de la Salud a agosto del 2020. Para más información, véase: <http://digep.minsa.gob.pe/>.

### Cuadro A5.6.

Estimación de los recursos humanos para la salud del subsistema público que pertenece a grupos de riesgo frente a la COVID-19 en Perú, por región

Departamento	RHS pertenecientes a grupos de riesgo (a diciembre del 2020)	Distribución por departamento (%)	RHS por departamento (a diciembre del 2020)	Porcentaje de los RHS en riesgo
Lima	13 258	43	86 813	15,3
Arequipa	1619	5	11 840	13,7
Junín	1395	4	11 650	12,0
Puno	1393	4	10 700	13,0
La libertad	1367	4	10 339	13,2
Callao	1284	4	10 042	12,8
Ica	1127	4	9494	11,9
Piura	1026	3	9444	10,9
Ancash	1007	3	8975	11,2
Cusco	980	3	8540	11,5
Lambayeque	873	3	8015	10,9
Cajamarca	759	2	7663	9,9
Loreto	707	2	7465	9,5
Ayacucho	693	2	7438	9,3
Huánuco	561	2	7249	7,7
San Martín	504	2	7061	7,1
Tacna	498	2	6251	8,0
Ucayali	427	1	5418	7,9
Apurímac	359	1	5406	6,6
Huancavelica	290	1	4559	6,4
Amazonas	219	1	3453	6,3
Moquegua	216	1	2637	8,2
Pasco	210	1	2574	8,2
Tumbes	195	1	2440	8,0
Madre de Dios	125	0	2100	6,0

RHS: recursos humanos para la salud.

**Fuente:** respuesta del Ministerio de Salud de Perú al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 31 de marzo del 2021. Datos a diciembre del 2020.

### Cuadro A5.7.

Reasignación (destinación temporal) de los recursos humanos para la salud entre niveles del subsistema público para la atención de pacientes con COVID-19 en Perú, por grupo ocupacional

Grupo ocupacional	Número de reasignaciones <sup>a</sup>	Distribución por grupo ocupacional (%) <sup>b</sup>
Técnico asistencial	28 481	36
Profesional de enfermería	20 640	26
Profesionales asistenciales	13 822	17
Personal médico	12 919	16
Personal administrativo	2051	3
Auxiliar asistencial	1706	2
Biología	583	1
<b>Total</b>	<b>80 202</b>	<b>100,00</b>

**Notas:**

**a** Respuesta del Ministerio de Salud de Perú al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 21 de octubre del 2020. Datos a agosto del 2020.

**b** Cálculos con base en la información del Observatorio de recursos humanos para la salud de la Dirección General de Personal de la Salud a agosto del 2020. Para más información, véase Dirección General de Personal de la Salud: <http://digep.minsa.gob.pe/>.



**Cuadro A5.8.**

Reasignación (destinación temporal) de los recursos humanos para la salud entre niveles del subsistema público para la atención de pacientes con COVID-19 en Perú, por región<sup>a</sup>

Región	Número de personas <sup>b</sup>	Distribución por departamento <sup>c</sup>
Lima	19.171	24
Cajamarca	4987	6
La libertad	4367	5
Piura	3901	5
Arequipa	3703	5
Cusco	3616	5
Puno	3558	4
Loreto	3380	4
Ancash	3206	4
Huánuco	3018	4
Junín	2989	4
Ayacucho	2890	4
Apurímac	2888	4
Amazonas	2402	3
Ucayali	2208	3
Callao	2054	3
San Martín	2036	3
Ica	1945	2
Huancavelica	1919	2
Lambayeque	1919	2
Tacna	1275	2
Tumbes	892	1
Pasco	698	1
Moquegua	692	1
Madre de dios	488	1
<b>Total</b>	<b>80 202</b>	<b>100</b>

**Notas:**

**a** Se muestra por región el personal que fue reasignado de sus labores en áreas destinadas a otras patologías no COVID-19 a la atención de casos de COVID-19 para reforzar la respuesta. Por ejemplo, en el caso de Lima, 19 171 miembros del personal de salud pasaron de realizar labores en consulta externa a atender pacientes con COVID-19.

**b** Respuesta del Ministerio de Salud de Perú al cuestionario remitido por la OPS para propósitos de este estudio recibida el 21 de octubre del 2020. Datos a agosto del 2020.

**c** Cálculos con base en la información del Observatorio de recursos humanos para la salud de la Dirección General de Personal de la Salud a agosto del 2020. Para más información, véase Dirección General de Personal de la Salud: <http://digep.minsa.gob.pe/>.

### Cuadro A5.9.

Presupuesto transferido para financiar los recursos humanos para la salud contratado por la modalidad CAS-COVID en Perú

Norma	S/	US\$
DU 065-2020	95 221 467	26 582 660
DU 087-2020	279 220 461	77 949 045
DU 102-2020	127 248 808	35 523 626
DU 125-2020	278 182 768	77 659 356
DS 400-2020	144 490 564	40 336 949
<b>Total</b>	<b>2 328 001 638</b>	<b>649 900 457</b>

CAS-COVID: contrato administrativo de servicios en el contexto de la COVID-19; DU: decreto de urgencia; DS: decreto supremo; US\$: dólares estadounidenses.

Fuente: actualización del Ministerio de Salud recibida el 31 de marzo del 2021 con datos a diciembre del 2020.

### Cuadro A5.10.

Presupuesto transferido para financiar el Bono COVID en Perú

Documento de transferencia	S/	US\$
142-2020-EF	18 701 423	5 220 814
203-2020-EF	10 040 400	2 802 945
210-2020-EF	88 438 399	24 689 053
237-2020-EF	81 371 520	22 716 216
282-2020-EF	13 040 640	3 640 512
299-2020-EF	101 208 960	28 254 168
348-2020-EF	104 075 280	29 054 349
394-2020-EF	96 626 160	26 974 803
399-2020-EF	100 694 880	28 110 654
424-2020-EF	106 348 320	29 688 906
428-2020-EF	61 466 400	17 159 370
DU 020-2021	137 489 040	38 382 357
<b>Total</b>	<b>919 501 422</b>	<b>256 694 147</b>

DU: decreto único; EF: Ministerio de Economía y Finanzas; S/: soles peruanos; US\$: dólares estadounidenses.

Fuente: actualización del Ministerio del Salud recibida el 31 de marzo del 2021 con datos a diciembre del 2020.

### Cuadro A5.11.

#### Bonificaciones a los recursos humanos para la salud del subsistema público en Perú

Bonificación	Valor	Normativa asociada
Bonificación extraordinaria al personal de salud del Estado vinculado mediante contratos administrativos de servicios (CAS) durante la emergencia sanitaria y hasta el 31 de diciembre del 2020. Se excluyen a los directivos y al personal administrativo, salvo al personal encargado de tareas de vigilancia epidemiológica.	S/ 720 (equivalentes a US\$ 200)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Decreto de Urgencia N.º 026-2020-SA del 15 de marzo del 2020</li> <li>Decreto Supremo N.º 068-2020-EF del 4 de abril del 2020</li> <li>Decreto de Urgencia N.º 069-2020-SA del 17 de junio del 2020</li> </ul>
Bono extraordinario no remunerativo por labor efectiva del personal asistencial que brinda atención de la COVID-19 en los establecimientos dependientes de los seguros de salud (EsSalud): se otorga de manera mensual hasta el término de la emergencia sanitaria.	Los EsSalud tienen la facultad de determinar el valor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Decreto de Urgencia N.º 026-2020-SA del 15 de marzo del 2020</li> <li>Decreto de Urgencia N.º 113-2020-SA del 19 de septiembre del 2020</li> </ul>
Bono extraordinario mensual por un monto de S/ 3000 (equivalentes a US\$ 838) a médicos y médicas residentes que actualmente se encuentren cursando el tercer y cuarto año de las especialidades de medicina intensiva o medicina de emergencias y desastres, realicen su rotación en establecimientos de salud priorizados.	S/ 3000 (equivalentes a US\$ 838)	Decreto de Urgencia N.º 039-2020-PCM del 16 de abril del 2020
Remuneración por prestaciones adicionales en salud, realizadas fuera del horario laboral en el mismo establecimiento de salud, al personal técnico asistencial y auxiliar asistencial de la salud para la atención de pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de COVID-19, por los meses de febrero, marzo y abril del presente año, en los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención del MS Perú y gobiernos regionales.	S/ 12 la hora (equivalente a US\$ 3,13)	Decreto de Urgencia N.º 020-2021 del 17 de febrero del 2021
Bonificación extraordinaria por exposición al riesgo de contagio por COVID-19, en el mes de febrero y marzo del presente año de los siguientes trabajadores en establecimiento de MS Perú y gobiernos regionales.	Febrero: S/ 720 (equivalentes a US\$ 201) Marzo: S/ 1440 (equivalentes a US\$ 402)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Decreto de Urgencia N.º 020-2021 del 17 de febrero del 2021</li> <li>Decreto Supremo N.º 027-2021-EF del 24 de febrero del 2021</li> </ul>
Bono extraordinario no remunerativo por labor efectiva del personal asistencial que brinda atención a pacientes con COVID-19 en los EsSalud en el mes de marzo del 2021.	EsSalud tiene la facultad de determinar el valor	Decreto de Urgencia N.º 022-2021 del 22 de febrero del 2021

CAS: contratos administrativos de servicios; COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; EsSalud: establecimientos dependientes de los seguros de salud; MS Perú: Ministerio de Salud del Perú; US\$: dólares estadounidenses.

Fuente: elaboración a partir de la normatividad.

## Legislación relacionada con los recursos humanos para la salud

### Reclutamiento y reasignación

#### Cuadro A5.12.

Legislación sobre reclutamiento y reasignación de recursos humanos para la salud en Perú

Fecha	Descripción	Dimensión	Normativa
14 de marzo del 2020	Contratación de RHS para reforzar la capacidad de respuesta del sistema público de salud en los siguientes componentes para 3 meses: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia epidemiológica e investigación de casos y contactos.</li> <li>• Atención de personas y organización de servicios de salud.</li> <li>• Vigilancia laboratorial y soporte diagnóstico.</li> </ul>	Reclutamiento	Decreto Supremo N.º 010-2020-SA <sup>a</sup>
15 de marzo del 2020	Otorgar autorizaciones temporales para el ejercicio de profesiones para la profesión de servicios en salud por parte de personas extranjeras.	Reclutamiento	Decreto de Urgencia N.º 026-2020-SA
15 de marzo del 2020	Pone bajo la autoridad del MS Perú todas las entidades públicas, privadas y mixtas sanitarias, así como a funcionarios y trabajadores, y puede imponerles servicios extraordinarios por su duración o por su naturaleza, incluida la posibilidad de distribuir en el territorio todos los medios técnicos y personales.	Reasignación	Decreto Supremo N.º 044-2020-PCM
1 de abril del 2020	El MS Perú puede trasladar al personal de salud público y privado a cualquier región del país.	Reasignación	Decreto Supremo N.º 012-2020-SA
6 de abril del 2020	Reclutamiento y contratación de RHS adicionales para el cuidado y atención de casos de COVID-19, incluido el Servicio rural y urbano marginal de salud (SERUMS).	Reclutamiento	Resolución Ministerial N.º 180-2020-MINSA
11 de abril del 2020	Creación del Servicio COVID especial (SERVICER) en el cual puede participar el personal de salud peruano y extranjero, que dura mientras persista la emergencia por COVID-19, bajo la modalidad de contratación administrativa de servicios (CAS).	Reclutamiento	Decreto de Urgencia N.º 037-2020-PCM
16 de abril del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratación de personal que preste los servicios en los equipos de respuesta rápida y equipo de seguimiento clínico mediante la modalidad de CAS.</li> <li>• Ampliación de rotación de médicos y médicas residentes de las especialidades de medicina intensiva o medicina de emergencias y desastres de tercer y cuarto año, a fin de que realicen su rotación a los establecimientos de salud priorizados durante la vigencia de la emergencia sanitaria a nivel nacional.</li> <li>• Ampliaciones de turno para servicios complementarios de hasta 12 horas y hasta 8 turnos al mes para incrementar la oferta de servicios en salud, incluyendo a los médicos residentes.</li> </ul>	Reclutamiento	Decreto de Urgencia N.º 039-2020-PCM
20 de abril del 2020	Se modifica el reglamento del SERUMS, ampliado a personas extranjeras o nacionales graduadas de universidades extranjeras; permite que quienes se encuentran en una plaza diferente a su zona geográfica se puedan presentar donde se encuentren y se flexibilizan los requisitos de inscripción. No podrá participar el personal incluído en grupos de riesgo por edad, comorbilidad o cuidado de niños.	Reclutamiento	Resolución Ministerial N.º 215-2020-MINSA <sup>b</sup>

Fecha	Descripción	Dimensión	Normativa
5 de mayo del 2020	Para incrementar capacidad del recurso humano, se reorganizan los equipos multidisciplinarios en las unidades de cuidado intensivo con personal de apoyo de otros servicios de desastres.	Reasignación	Resolución Ministerial N.º 254-2020-MINSA
11 de mayo del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los profesionales de último año de residentado médico en especialidades necesarias para la atención de pacientes con COVID-19 concluirán de manera anticipada su formación y podrán ser contratados por el MS Perú mediante la modalidad de CAS.</li> <li>Se autoriza que, en casos de emergencia, los residentes puedan ser rotados a lugares distintos a los contemplados al inicio de sus programas.</li> </ul>	Reclutamiento	Decreto Legislativo N.º 1512 del 2020 <sup>d</sup>
13 de mayo del 2020	Autorización al MS Perú a realizar la contratación de personal bajo la modalidad de CAS que preste servicios para la prevención, control, diagnóstico y tratamiento de la COVID-19 y queda exonerado del concurso para el reclutamiento.	Reclutamiento	Decreto de Urgencia N.º 055-2020-EF
2 de agosto del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>El 15 de agosto del 2020 se reanuda, de manera progresiva, el internado en carreras de salud y se reconoce un estipendio y seguro de salud para los estudiantes.</li> <li>Se elimina de manera transitoria el requisito de diploma de grado para contratar personal asistencial en los establecimientos públicos y fuerzas de orden, con la sola exigencia de la resolución que acredite la condición de egresados. Los profesionales 6 meses después de terminar la emergencia sanitaria para culminar los trámites de titulación y aprobar el Examen nacional en ciencias de la salud cuando corresponda.</li> <li>A los profesionales titulados en el extranjero, se les exime de la revalidación de título durante la emergencia sanitaria. También tendrán un plazo de 6 meses después de culminar la emergencia sanitaria para cumplir con la revalidación y la aprobación del Examen nacional en ciencias de la salud.</li> </ul>	Reclutamiento	Decreto de Urgencia N.º 090-2020
17 de febrero del 2021	Ampliación de los turnos para profesionales de la salud por los meses de febrero, marzo y abril en los establecimientos de salud del primer nivel de atención categorizados como I-3 y I-4, equipos de intervención integral del primer nivel de atención de salud o de los centros de aislamiento temporal y seguimiento del primer nivel de atención del MS Perú y gobiernos regionales.	Reclutamiento	Decreto de Urgencia N.º 020-2021

CAS: contratación administrativa de servicios; COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; MS Perú: Ministerio de Salud del Perú; RHS: recursos humanos para la salud; SERUMS: Servicio rural y urbano marginal de salud.

**Notas:**

- a Este decreto considera como parte del plan de acción al Instituto Nacional de Salud, al seguro social público (EsSalud) y a los establecimientos de salud dependientes del MS Perú y de los gobiernos regionales del país.
- b Modificada mediante Resolución Ministerial 258-2020-MINSA del 6 de mayo del 2020 y 446-2020-MINSA del 26 de junio del 2020.
- c Especialidades o subespecialidades de medicina de emergencias y desastres, medicina de enfermedades infecciosas y tropicales, medicina familiar y comunitaria, medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, medicina interna, neumología y neumología pediátrica.
- d Mediante la Resolución Ministerial 311-2020-MINSA se incorporan las especialidades de medicina legal, geriatría, anestesiología y cardiología.

## Incentivos y remuneración

### Cuadro A5.13

Legislación sobre incentivos y remuneración para los recursos humanos para la salud en Perú

Fecha	Descripción	Dimensión	Normativa
15 de marzo del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bonificación extraordinaria al personal de salud del Estado, vinculada mediante contratos administrativos de servicios (CAS) durante la emergencia sanitaria y hasta un mes después de su término.</li> <li>Bono extraordinario no remunerativo por labor efectiva del personal asistencial que brinda atención por la COVID-19 en los establecimientos dependientes de los Seguros de Salud (EsSalud), se otorga mensualmente hasta el término de la emergencia sanitaria.</li> </ul>	Remuneración	Decreto de Urgencia N.º 026-2020-SA
31 de marzo del 2020	Aprueba el valor costo-hora para el cálculo de la entrega económica por los servicios complementarios en salud que realicen profesionales de la salud en la modalidad por turno o procedimiento asistencial.	Remuneración	Resolución Ministerial N.º 143-2020-MINSA
4 de abril del 2020	Establece que la bonificación no remunerativa mensual tiene un valor de S/720 (US\$ 201), siendo beneficiarios el personal de salud que prestan servicios de atención a la COVID-19. Se excluyen a los directivos y al personal administrativo, salvo aquel encargado de tareas de vigilancia epidemiológica	Remuneración	Decreto de Urgencia N.º 068-2020-EF
11 de abril del 2020	Se otorga a los participantes del Servicio COVID especial una constancia por el tiempo efectivo que se contabiliza como parte del servicio rural y urbano marginal de salud (SERUMS).	Incentivo	Decreto de Urgencia N.º 037-2020-PCM
16 de abril del 2020	Se les otorga de manera excepcional, una bonificación extraordinaria mensual por el monto de S/ 3 000 (US\$ 838) a los médicos residentes que actualmente se encuentren cursando el tercer y cuarto año de las especialidades de medicina intensiva o medicina de emergencias y desastres, realicen su rotación en establecimientos de salud priorizados,	Remuneración	Decreto de Urgencia N.º 039-2020-PCM
19 de junio del 2020	Escala de remuneración referencial mejorada para los profesionales y técnicos de salud del sector público contratados bajo el régimen de CAS. Esta modalidad de contratación se denominó CAS-COVID-19.	Remuneración	Resolución Ministerial N.º 420-2020-MINSA

Fecha	Descripción	Dimensión	Normativa
17 de febrero del 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega económica por prestaciones adicionales en salud realizadas fuera del horario laboral en el mismo establecimiento de salud, al personal técnico asistencial y auxiliar asistencial de la salud para la atención de pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de COVID-19 durante los meses de febrero, marzo y abril del presente año en los establecimientos de salud del primero, segundo y tercer nivel de atención del MS Perú y gobiernos regionales.</li> <li>Bonificación extraordinaria por exposición al riesgo de contagio por COVID-19 durante el mes de febrero y marzo del presente año del personal de salud que se desempeñan en establecimientos del MS Perú y gobiernos regionales:</li> <li>Profesionales, técnicos y auxiliares asistenciales de la salud que intervienen en el diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de COVID-19, realizan triaje diferenciado y visitas domiciliarias, forman parte del equipo de acompañamiento psicosocial para el personal de la salud, atienden en los centros de salud mental comunitarios o realizan el manejo de cadáveres.</li> <li>Personal que realiza vigilancia epidemiológica, toma de muestras de pacientes, visita domiciliaria a los pacientes que reciben atención ambulatoria, servicio de admisión o mantenimiento, limpieza, despacho y entrega de los equipos e insumos en los establecimientos de salud relacionados con la COVID-19.</li> <li>Choferes de los equipos de respuesta rápida.</li> </ul>	Remuneración	Decreto de Urgencia N.º 020-2021
22 de febrero del 2021	Bono extraordinario no remunerativo por labor efectiva del personal asistencial que brinda atención de COVID-19 en los EsSalud en el mes de marzo del 2021.	Remuneración	Decreto de Urgencia N.º 022-2021

CAS: contratación administrativa de servicios; COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; EsSalud: establecimientos dependientes de los seguros de salud; MS Perú: Ministerio de Salud del Perú; US\$: dólares estadounidenses.

## Seguridad y salud en el trabajo, la prevención y el control de infecciones, y el bienestar

### Cuadro A5.14

Legislación sobre seguridad y salud en el trabajo y prevención y control de infecciones para los recursos humanos para la salud en Perú

Fecha	Descripción	Dimensión	Normativa
14 de marzo del 2020	Compra de equipos de protección personal (EPP) para el personal de salud.	Seguridad y salud en el trabajo	Decreto Supremo N.º 010-2020-SA
25 de marzo del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguro de vida para el personal contratado bajo la modalidad de contrato de administración de servicios (CAS-COVID).</li> </ul>	Bienestar	Decreto único N.º 032-2020-SA
29 de marzo del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Define las medidas de prevención y detección oportuna en el personal de salud:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitación en el uso de EPP.</li> <li>Entrega de EPP.</li> <li>Monitoreo de atención a pacientes con COVID-19.</li> <li>Monitoreo de síntomas.</li> <li>Recomendaciones de utilización de los EPP según el usuario.</li> </ul> </li> </ul>	Seguridad y salud en el trabajo Prevención y control de la infección	Resolución Ministerial N.º 139-2020-MINSA <sup>a</sup>
1 de abril del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cada establecimiento público y privado debe garantizar la provisión de EPP al personal de la salud.</li> <li>El Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos en Salud (CENARES) garantiza el abastecimiento y distribución de EPP.</li> <li>Determina el personal que califica en los grupos de riesgo para suspender sus labores.</li> <li>Es responsabilidad del establecimiento garantizar alimentación suficiente y de calidad y lavado de uniformes.</li> <li>Se establece una jornada laboral de 6 horas, incluidas las acciones de cuidado de salud mental.</li> </ul>	Seguridad y salud en el trabajo Prevención y control de la infección Bienestar	Decreto Supremo N.º 012-2020-SA
6 de abril del 2020	<p>Generar condiciones adecuadas de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Provisión de EPP.</li> <li>Realización de pruebas de detección de SARS-CoV-2.</li> <li>Monitoreo de síntomas físicos y mentales.</li> <li>Guía técnica para el cuidado de salud mental del personal de la salud.</li> </ul>	Seguridad y salud en el trabajo Pruebas Bienestar	Resolución Ministerial N.º 180-2020-MINSA
12 de abril del 2020	Ampliación del seguro de vida a todo el personal de que realiza labor asistencial en las entidades públicas.	Bienestar	Decreto único N.º 037-2020
16 de abril del 2020	Establece predios para el alojamiento de personal y realiza procesamiento de muestras en el Instituto Nacional de Salud para reducir su exposición al contagio.	Bienestar	Decreto de Urgencia N.º 039-2020-PCM
5 de mayo del 2020	Contratación directa de EPP.	Seguridad y salud en el trabajo	Resolución Ministerial N.º 252-2020-MINSA <sup>b</sup>



Fecha	Descripción	Dimensión	Normativa
5 de mayo del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar áreas diferenciadas para la atención de casos de COVID-19 para reducir la exposición del personal de salud.</li> <li>No incluir en los equipos multidisciplinarios y de respuesta personal de grupos de riesgo por edad, comorbilidad o embarazo, sino asignarlos a otras labores.</li> <li>Hacer prueba semanal al equipo multidisciplinario.</li> </ul>	Prevenición y control de la infección  Pruebas	Resolución Ministerial N.º 254-2020-MINSA
13 de mayo del 2020	Autorización al CENARES para la adquisición de EPP	Seguridad y salud en el trabajo	Decreto de Urgencia N.º 055-2020-EF
24 de mayo del 2020	Conformación del Comité de vigilancia de asignación y uso de equipos de protección personal en cada institución prestadora de servicios de salud (IPS) para promover la responsabilidad en el uso de los EPP, la estimación de necesidades, la mitigación de escasez de EPP y notificar cualquier irregularidad.	Seguridad y salud en el trabajo	Resolución Ministerial N.º 316-2020-MINSA
5 de junio del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de salud mental que define acciones de promoción de la salud mental destinado, entre otras poblaciones, al personal de salud de primera línea.</li> </ul>	Bienestar	Resolución Ministerial N.º 363-2020-MINSA
9 de junio del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalece las medidas de prevención y prioriza la detección oportuna de COVID-19 en los trabajadores de la salud.</li> <li>Establece medidas de control de infecciones en los establecimientos de salud.</li> </ul>	Prevenición y control de infecciones	Resolución Ministerial N.º 375-2020-MINSA
12 de junio del 2020	Contratación de un seguro de vida para el personal asistencial y administrativo involucrado en las labores relacionadas de la COVID-19, financiado por el Ministerio de Salud, con aplicación entre el 30 de abril del 2020 y el 30 de abril del 2021.	Bienestar	Resolución Ministerial N.º 387-2020-MINSA
18 de junio del 2020	Reconoce la COVID-19 como una enfermedad laboral para el personal de salud.	Seguridad y salud en el trabajo	Ley N.º 31025 del 2020
30 de junio del 2020	Protocolos para el uso de escudos faciales para todo el personal de salud y la comunidad.	Seguridad y salud en el trabajo	Resolución Ministerial N.º 447-2020-MINSA
2 de julio del 2020	Aprobación de la Norma Técnica de Salud N.º 161 para el uso de EPP por el personal de las IPS.	Seguridad y salud en el trabajo	Resolución Ministerial N.º 456-2020-MINSA

COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; EPP: equipo de protección personal; IPS: institución prestadora de servicios de salud; SARS-CoV-2: coronavirus de tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave.

**Notas:**

**a** Modificada mediante las resoluciones ministeriales 193-2020-MINSA, 209-2020-MINSA, 240-2020-MINSA, 270-2020-MINSA, 375-2020-MINSA y 839-2020-MINSA.

**b** Esta acción de compra de equipos de protección personal se realiza mediante las resoluciones ministeriales 264-2020-MINSA, 276-2020-MINSA, 284-2020-MINSA, 292-2020-MINSA, 299-2020-MINSA, 301-2020-MINSA, 304-2020-MINSA, 310-2020-MINSA, 323-2020-MINSA, 329-2020-MINSA, 332-2020-MINSA, 333-2020-MINSA, 336-2020-MINSA, 349-2020-MINSA, 355-2020-MINSA, 356-2020-MINSA, 359-2020-MINSA, 373-2020-MINSA, 376-2020-MINSA, 380-2020-MINSA, 390-2020-MINSA, 393-2020-MINSA, 399-2020-MINSA, 407-2020-MINSA, 411-2020-MINSA, 416-2020-MINSA, 429-2020-MINSA, 432-2020-MINSA, 695-2020-MINSA y 038-2021-MINSA.

## Capacitación

### Cuadro A5.15.

Legislación sobre capacitación para los recursos humanos para la salud en Perú

Fecha	Descripción	Normativa
4 de marzo del 2020	Inicio de curso virtual de la OPS sobre la COVID-19.	
12 de marzo del 2020	Inicio de curso virtual de vigilancia, preparación y respuesta ante el riesgo de introducción de la COVID-19, preparado por el MS Perú.	
1 de abril del 2020	La ENSAP realiza capacitaciones de corta duración sobre prevención, control, diagnóstico y tratamiento de la COVID-19 para el personal de salud.	Decreto Supremo N.º 012-2020-SA
6 de abril del 2020	Desarrollo de competencias en el personal de salud a través de telecapacitación en el uso de EPP y TIC.	Resolución Ministerial N.º 180-2020-MINSA
Septiembre del 2020	60% del personal del sector público de salud se había capacitado a través de la ENSAP, teleSalud y pasantías en UCI.	

EPP: equipos de protección personal; MS Perú: Ministerio de Salud del Perú; OPS: Organización Panamericana de la Salud; TIC: tecnologías de la información y la comunicación; UCI: unidades de cuidado intensivo.

## Vacunación

### Cuadro A5.16.

Legislación sobre vacunación para los recursos humanos para la salud en Perú

Fecha	Descripción	Normativa
19 de junio del 2020	Creación del Grupo de trabajo multisectorial, cuyo objetivo es explorar, gestionar y buscar el financiamiento para la adquisición de la vacuna contra la COVID-19.	Resolución Ministerial N.º 418-2020-MINSA
3 de septiembre del 2020	Aprobar la Norma Técnica de Salud N.º 165-MINSA/2020/INS, para la investigación y el desarrollo de vacunas contra enfermedades infecciosas.	Resolución Ministerial N.º 686-2020-MINSA
20 de octubre del 2020	<i>Plan nacional de vacunación contra la COVID-19.</i>	Resolución Ministerial N.º 848-2020-MINSA
29 de enero del 2021	Conformación de un equipo consultivo de alto nivel con el objetivo de recomendar al MS Perú los criterios y consideraciones éticas en la toma de decisiones respecto a la priorización de grupos que tienen que ser vacunados durante la ejecución del Plan nacional de vacunación contra la COVID-19.	Resolución Ministerial N.º 139-2021-MINSA
30 de enero del 2021	Se crea el Padrón nacional de vacunación universal contra la COVID-19 definido como un banco de datos para incrementar la capacidad de respuesta del MS Perú para la aplicación del Plan nacional de vacunación contra la COVID-19	Decreto de Urgencia N.º 009-2021-SA
4 de febrero del 2021	Modificar las fases de vacunación del <i>Plan nacional de vacunación contra la COVID-19</i> y especificar que se incluye a toda persona que presta servicios de salud, independientemente de la modalidad de vinculación.	Resolución Ministerial N.º 161-2021-MINSA
5 de febrero del 2021	Aprobación del Padrón nacional de vacunación universal contra la COVID-19.	Resolución Ministerial N.º 183-2021-MINSA
9 de febrero del 2021	Se incluye en la fase I del <i>Plan nacional de vacunación contra la COVID-19</i> al presidente de la República.	Resolución Ministerial N.º 194-2021-MINSA
9 de febrero del 2021	Contratación de póliza de seguro contra posibles responsabilidades derivadas del uso de las vacunas contra el SARS-CoV-2.	Resolución Ministerial N.º 198-2021-MINSA
24 de febrero del 2021	Aprobar la primera actualización del Padrón nacional de vacunación universal contra la COVID-19-fase I del <i>Plan nacional de vacunación contra la COVID-19.</i>	Resolución Ministerial N.º 281-2021-MINSA

COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; SARS-CoV-2: coronavirus de tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave.

## Cooperación y donaciones

### Cuadro A5.17.

Legislación sobre cooperación y donaciones para aumentar y proteger los recursos humanos para la salud en Perú

Fecha	Descripción	Normativa
21 de mayo del 2020	Brigada de 85 profesionales de la salud, personal médico y profesionales de enfermería, especialistas en cuidados intensivos, medicina interna, neumología, epidemiología y otras especialidades, que permitan apoyar los esfuerzos del sistema público de salud en la respuesta a la COVID-19 en regiones priorizadas de Perú.	Acuerdo específico y Acuerdo Marco Interinstitucional de Colaboración entre el Ministerio de Salud de la República del Perú y el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba
25 de mayo del 2020	Donación de 7000 mascarillas KN95 que realiza la compañía extranjera AstraZeneca, zona andina.	Resolución Ministerial N.º 317-2020-MINSA
16 de junio del 2020	Donación de 100 800 unidades de mascarillas, 20 064 unidades de pruebas de detección 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) RNA ( <i>PCR-flourescence probing</i> ) <sup>®</sup> y cinco ventiladores que realiza Alibaba Foundation en cooperación con Jack Ma Foundation.	Resolución Ministerial N.º 397-2020-MINSA
16 de junio del 2020	Donación de 100 paquetes de mascarillas quirúrgicas por parte de la institución extranjera Direct Relief.	Resolución Ministerial N.º 398-2020-MINSA
2 de julio del 2020	Donación de 250 000 unidades de mascarillas quirúrgicas que realiza la Compañía Fidelidad.	Resolución Ministerial N.º 445-2020-MINSA
8 de julio del 2020	Donación que realiza la Organización Panamericana de la Salud de dispositivos médicos y equipos de protección personal a distribuir en la provincia de Ramón Castilla, departamento de Loreto.	Resolución Ministerial N.º 471-2020-MINSA

COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019.

## Financiamiento

### Cuadro A5.18.

#### Legislación sobre financiamiento de recursos humanos para la salud en Perú

Fecha	Descripción	Normativa
11 de marzo del 2020	Primera partida de presupuesto excepcional por S/ 100 000 000 (equivalentes a US\$ 27 752 127)	Decreto de Urgencia N.º 025 SA
15 de marzo del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispone de un presupuesto de S/ 90 000 000 (equivalentes a US\$ 25 125 000) para la bonificación extraordinaria para el personal de la salud vinculado con la modalidad CAS.</li> <li>• Dispone de un presupuesto de S/ 28 418 400 (US\$ 7 933 470) para el bono extraordinario no remunerativo por labor efectiva del personal asistencial de EsSalud.</li> <li>• Establece un subsidio del Estado a EsSalud, para financiar los subsidios de incapacidad laboral al personal diagnosticado con COVID-19.</li> </ul>	Decreto de Urgencia N.º 026-2020-SA
18 de marzo del 2020	Se crea la Unidad Ejecutora Hospital de Emergencia Ate Vitarte encargada de contratación de bienes, servicios y personal.	Decreto de Urgencia N.º 032 SA
18 de marzo del 2020	Se realiza una proyección a 6 meses de dotación de personal por un valor de S/ 10 768 548 (equivalentes a US\$ 3 006 220) para el plan de implementación de UCI y hospitalización en la segunda línea de atención, priorizando 378 personas por ambiente.	Resolución Ministerial N.º 095 MINSa
16 de abril del 2020	Financiamiento para la implementación de equipos de respuesta rápida y equipos de seguimiento clínico.	Decreto de Urgencia N.º 039 PCM
13 de mayo del 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrucciones de gestión presupuestaria y mecanismos de transferencia de recursos financieros.</li> <li>• Autorizaciones para la implementación de centros de atención y aislamiento temporal a nivel nacional. Se asignan recursos desde el Ministerio de Economía y Finanzas por valor de S/ 392 340 946 (equivalentes a US\$ 109 528 514) para financiar estos centros.</li> <li>• Recursos desde el Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo por valor de S/ 14 000 000 (equivalentes a US\$ 3 908 333) a favor de EsSalud.</li> </ul>	Decreto de Urgencia N.º 055 EF

CAS: contratos de administradores de servicios; EsSalud: seguro social de salud; S/: soles; US\$: dólares estadounidenses.

## Movilizaciones y ataques

### Cuadro A5.19.

Recopilación de notas de prensa sobre movilizaciones y ataques a los recursos humanos para la salud en Perú

Fecha	Descripción	Dimensión
18 de abril del 2020	Trabajadores sanitarios del Hospital San Cayetano de Lima denuncian desprotección y exigen el pago de la nómina. <sup>1</sup>	Movilización
24 de abril del 2020	Personal de salud del Hospital de Emergencia de Villa El Salvador demandan mejores condiciones laborales. <sup>2</sup>	Movilización
4 de mayo del 2020	Personal de salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima se movilizó por la falta de EPP y porque les obligan a trabajar aun con síntomas de COVID-19. <sup>3</sup>	Movilización
13 de mayo del 2020	Personal médico del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de Lima exige la renuncia del ministro de salud, Víctor Zamora, y de la presidenta ejecutiva del EsSalud, Fiorella Molinelli, por sus gestiones ante la crisis del coronavirus. <sup>4</sup>	Movilización
16 de junio del 2020	Personal médico se movilizó para solicitar EPP y el pago del bono. <sup>5</sup>	Movilización
26 y 27 de agosto del 2020	Huelga de 48 horas en reclamo por aumento del presupuesto destinado al sector de la salud, el cumplimiento en la entrega de EPP y mejores condiciones laborales. <sup>6,7</sup>	Movilización
30 de septiembre del 2020	Denuncian la falta de insumos y condiciones de trabajo precarias. <sup>8</sup>	Movilización
25 de noviembre del 2020	Personal de salud exige que se ejecute el aumento salarial. <sup>9</sup>	Movilización
13 al 29 de enero del 2021	Huelga general del personal médico, que exige más equipamiento médico, ajuste salarial y un aumento en el presupuesto para el sector de la salud. <sup>10-12</sup> Huelga de hambre. <sup>13</sup>	Movilización
Abril del 2020	Agresión física al equipo de salud en el Centro asistencial San Juan de Lurigancho en Lima. <sup>14</sup>	Ataques
27 de mayo del 2020	Agresión al personal médico que llegó a Talara para atender a pacientes con COVID-19. <sup>15</sup>	Ataques

COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019; EPP: equipo de protección personal; EsSalud: seguro social de salud.

#### Fuentes:

- 1 Agencia Atlas. Protesta de sanitarios en Lima: "Somos grupo de riesgo y no nos pagan". Público; 18 de abril del 2020. Disponible en <https://www.publico.es/videos/859222/protesta-de-sanitarios-en-lima-somos-grupo-de-riesgo-y-no-nos-pagan>.
- 2 El Comercio. Coronavirus en Perú: personal de salud del hospital de Villa El Salvador protestó en demanda de mejores condiciones laborales. El Comercio; 24 de abril del 2020. Disponible en <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/coronavirus-en-peru-medicos-del-hospital-de-villa-el-salvador-protestan-en-demanda-de-seguros-de-salud-cuarentena-estado-de-emergencia-covid-19-nndc-noticia/?foto=4>.
- 3 Deutsche Welle. El sistema sanitario de Perú se ha visto desbordado por la pandemia. DW Español; 4 de mayo del 2020. Disponible en <https://www.facebook.com/dw.espanol/videos/151406860877934>.
- 4 TeleSURtv.net. Personal médico en Perú pide renuncia de funcionarios de salud por gestión ante Covid-19. TeleSURtv.net; 13 de mayo del 2020. Disponible en <https://www.telesurtv.net/news/personal-medico-peru-exige-renuncia-altos-funcionarios-20200513-0036.html>.
- 5 Agencia AP. En Perú, personal de salud protesta para pedir mejores condiciones ante covid-19. Milenio; 17 de junio del 2020. Disponible en <https://www.milenio.com/internacional/peru-medicos-enfermeras-piden-mejores-condiciones-covid-19>.
- 6 El Periódico. Médicos peruanos convocan a huelga por falta de insumos para enfrentar la pandemia. El Periódico; 19 de agosto del 2020. Disponible en <https://www.elperiodico.com/es/internacional/20200819/medicos-peru-huelga-pandemia-8080443>.
- 7 Angulo EM. Decenas de médicos protestan en Perú para exigir mejores condiciones laborales. France24; 27 de agosto del 2020. Disponible en <https://www.france24.com/es/20200826-per%C3%BA-protesta-m%C3%A9dicos-condiciones-laborales-pandemia>.
- 8 Castro B. Huelga de los médicos peruanos por la austeridad del Estado frente a la pandemia de la COVID-19. Euronews; 30 de septiembre del 2020. Disponible en <https://es.euronews.com/2020/09/30/huelga-medicos-peruanos-por-la-austeridad-del-estado-frente-pandemia-vizcarra-peru>.
- 9 Murga I. La impagable deuda de Perú con su personal sanitario. Euronews; 25 de noviembre del 2020. Disponible en <https://es.euronews.com/2020/11/25/la-impagable-deuda-de-peru-con-su-personal-sanitario>.
- 10 Castro B. Los médicos peruanos protestan por la falta de recursos de cara a la segunda ola. Euronews; 28 de enero del 2021. Disponible en <https://es.euronews.com/2021/01/28/los-medicos-peruanos-protestan-por-la-falta-de-recursos-de-cara-a-la-segunda-ola>.
- 11 TeleSURtv.net. Continúa huelga general de médicos peruanos. TeleSURtv.net; 15 de enero del 2021. Disponible en <https://www.telesurtv.net/news/actualizacion-huelga-medicos-peru-20210115-0023.html>.
- 12 Agencia EFE. Médicos de Perú continúan huelga y protestas mientras crece la segunda ola. Swissinfo.ch; 19 de enero del 2021. Disponible en [https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-per%C3%BA\\_m%C3%A9dicos-de-per%C3%BA-contin%C3%BAan-huelga-y-protestas-mientras-crece-la-segunda-ola/46300890](https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-per%C3%BA_m%C3%A9dicos-de-per%C3%BA-contin%C3%BAan-huelga-y-protestas-mientras-crece-la-segunda-ola/46300890).
- 13 Arias T. Grupo de médicos peruanos está en huelga de hambre en medio de la creciente segunda ola de casos de covid-19. CNN Español; 21 de enero del 2021. Disponible en <https://cnnespanol.cnn.com/2021/01/21/grupo-de-medicos-peruanos-esta-en-huelga-de-hambre-en-medio-de-la-creciente-segunda-ola-de-casos-de-covid-19/>.
- 14 Valdés PR, Cámara LA, de la Serna M, Abuabara-Turbay Y, Carballo-Zárate V, Hernández-Ayazo H, et al. Attacks on healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Latin America. Acta Médica Colombiana. 2020;45(3):1-14. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v45n3/0120-2448-amc-45-03-55.pdf>.
- 15 Moncada S. Médicos que llegaron a Talara para atender a pacientes COVID fueron agredidos. Consejo Regional III Lima; 27 de mayo del 2020. Disponible en <https://cmplima.org.pe/medicos-que-llegaron-a-talara-para-atender-a-pacientes-covid-fueron-agredidos/>.







