

EQUIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DE
LOS RECURSOS HUMANOS EN
SALUD
BOLIVIA, ECUADOR,
EL SALVADOR Y MEXICO
INFORME FINAL
(VERSIÓN PRELIMINAR)

No. 58

M. CRISTINA MERINO DE ROJAS

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

QUITO, ECUADOR, 2004



Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud y financiada parcialmente por la Oficina Regional de Desarrollo Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, bajo los términos del Grant número LAC-G-00-97-0007-00. Las opiniones expresadas aquí son las opiniones de los autores y no necesariamente reflejan puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede ser revisado, resumido, reproducido y traducido, en parte o en su totalidad, siempre y cuando se le de crédito a la fuente y no se utilice para fines comerciales.

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
UNA VISIÓN CUANTITATIVA A LAS INEQUIDADES EN LA DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL ECUADOR	11
Recursos Humanos en Salud.....	12
Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).....	13
Índice de Oferta en Salud.....	15
Porcentaje de personas en hogares con alta dependencia económica.....	16
Incidencia de la pobreza de consumo	17
PIB per cápita.....	18
Índice de Vulnerabilidad Social.....	18
Tasas de mortalidad general, infantil, de 1 a 5 años y materna	19
INSTRUMENTO PARA MEDIR LAS PRÁCTICAS EFECTIVAS Y LOGRAR LA EQUIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD.....	23
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES.....	31
BIBLIOGRAFÍA	33

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo contiene tres capítulos claramente definidos, en el primero se realiza una contextualización de la problemática de la distribución inequitativa, especialmente geográfica de los recursos humanos en salud y se concluye con un análisis de la factibilidad de realizar un estudio internacional en el que participarían Bolivia, Ecuador, El Salvador y México.

El segundo capítulo da cuenta de lo que ocurre específicamente en el Ecuador pues se trata de un análisis cuantitativo de algunos indicadores de salud, socio-económicos y su relación con médicos, enfermeras, odontólogos y auxiliares de enfermería que trabajan en establecimientos de salud. El trabajo es a nivel cantonal y se usan fuentes secundarias para la obtención de los datos.

Finalmente se pone a disposición de quien lo requiera un instrumento que permite la recolección de información sobre las distintas consideraciones o prácticas que las autoridades que, tienen entre sus funciones decidir la distribución de los recursos humanos en salud, toman en cuenta a la hora de contratar y/o enviar a este personal para una determinada área o zona geográfica. Este instrumento fue validado gracias a la colaboración de directores o jefes de recursos humanos de instituciones del sector público en el Ecuador.

ANTECEDENTES

Al parecer el lograr la equidad juega poco a la hora de la distribución de personal de salud. La equidad considerada como dar más al que menos tiene, implica una concentración mayor de personal de salud en los lugares más desprotegidos, depauperados y por lo tanto con mayor riesgo de enfermar y morir, pero la realidad de los países no se compadece de este enunciado.

Desafortunadamente, la mala distribución de personal de salud es un fenómeno a nivel mundial¹ y aparece en varias dimensiones:

1. La distribución geográfica con graves diferencias entre países y al interior de los mismos.
2. Una mala distribución de acuerdo a destrezas, roles o competencias. Por ejemplo, muchos países tienen más médicos que enfermeras.
3. La subespecialización.
4. Una mala distribución institucional y,
5. La mala distribución desde la perspectiva de género.

Estas formas de mala distribución están inter-relacionadas² y en el Ecuador, por ejemplo, con los datos que se presentan en el siguiente capítulo se evidencian varias de estas dimensiones. Parecería ser que la subespecialización no fuera tan clara, pero se está en ese camino, pues en una investigación que se realizó en el país con médicos graduados en el 2001 que han migrado o que pretenden hacerlo, una de las causas fundamentales tanto para quedarse en el país como para migrar, es la búsqueda de la especialización³ y/o la subespecialización.

Los factores que influyen en la mala distribución de médicos es una cadena de inequidades sociales, económicas, el sistema de educación médica, el pago de incentivos, el desarrollo del sistema de salud público y privado, entre otros. Por tanto, el problema de la mala distribución de médicos debe ser considerado como una parte de toda la inequidad social, así como un problema de la administración del sistema de salud.⁴

Es así como, estos elementos fueron evidentes en un estudio internacional⁵ realizado en cinco países del denominado “primer mundo” (Alemania, Australia, Francia, Suecia y el Reino Unido). En todos ellos existe inequidad en la distribución de recursos humanos en salud tanto por regiones geográficas como por especialidades, incumpliendo lo que, según dice el artículo, debe cuidarse de que no ocurra en ningún sistema de planificación. Los autores de políticas de salud deben reconocer la necesidad de una planificación más integral de los recursos humanos en salud, en

¹ Ver también en: Dussault, G y Franceschini, M. Not enough here, too many there: Understanding geographical imbalances in distribution of health personnel. April, 2003.

² Wibulpolprasert, S. “Inequitable Distribution of Doctors: Can It be Solved?” Human Resources for Health Development Journal. Vol. 3. 1999. Dirección electrónica: http://www.moph.go.th/ops/hrdj/hrdj6/table_contents.htm.

³ Merino, C. Migración de Médicos y Enfermeras Recién Graduados en Quito y Cuenca. Informe para el Proyecto MODERSA. Quito, Marzo (2004).

⁴ Wibulpolprasert, S, Op. cit.

⁵ Bloor, K y Maynard, A. Planning Human resources in health care: Towards an economic approach. An International comparative review. Ottawa Canadá. 2003.

particular en la gestión de manera que los recursos respondan a las necesidades y diseño del sistema y no lo contrario.

Por tanto, los conflictos derivados de una planificación inadecuada de los recursos humanos no son exclusivos de un país. Pero además en países “en desarrollo” aparece un problema también fundamental. Este fue detectado en el servicio social por parte de los participantes de 15 países a un taller⁶ regional denominado “El Servicio Social de Medicina en América Latina”. En este evento se manifestó que la problemática principal es que existe una “Falta de definición de una política de recursos humanos de salud”, por lo que “El servicio (social o rural) no siempre se efectúa en las comunidades menos favorecidas”.

En base a ello, el Programa de Desarrollo de los recursos humanos de la OPS plantea que “...las naciones del hemisferio necesitan garantizar la prestación de servicios básicos, tanto preventivos como curativos, para los sectores más desprotegidos de la sociedad. Para lograrlo se necesita compromiso político, planificación efectiva y desarrollo de la participación comunitaria”.⁷ Pero la mayoría de países carecen de un compromiso político efectivo a favor de la equidad pues “Las nuevas reglas ubican los servicios de salud en el contexto de la oferta y la demanda y en el proceso de la modernización del Estado, el cual según la propuesta “debe ser pequeño y gerencial”. Esto debilita su componente social y su participación para atender a las poblaciones urbanas marginales y rurales.

Lo antes mencionado se enmarca en “...la decadencia de los modelos políticos caracterizados por la planificación social y la intervención del Estado, que han definido nuevos perfiles en las realidades latinoamericanas. Si bien es cierto que en estos perfiles se dinamiza el concierto de actores socio-económicos para logros macroeconómicos de largo plazo, quedan segmentos poblacionales de pobreza significativos, los cuales se ven afectados por su marginación del mercado y la falta de oportunidades para acceder con éxito a las reglas de la economía altamente competitiva”.⁸ Esto implica que el acceso a la salud también queda relegado a la vez que su oferta cada vez más deja de ser responsabilidad del Estado.

En la literatura se han identificado 5 categorías de determinantes que afectan la distribución geográfica de los recursos humanos en salud que son:

1. Factores individuales que incluyen aspectos sociales, étnicos, de edad, género, educación, valores, creencias, etc.
2. Factores organizacionales como estilo administrativo, incentivos y estructuras de carrera (carrera sanitaria), escalas salariales, reclutamiento, prácticas de acceso y retención.
3. Sistema educativo, generalmente basado en lo urbano, en la curación y en el hospital lo que no refleja las necesidades de un país y está desconectado de los objetivos de las

⁶ Taller efectuado en Washington D.C. del 9 al 11 de abril de 1997, con delegados de 15 países participantes para discutir sobre la reorientación de la práctica y la educación médicas a través del desarrollo del servicio social de las profesiones de la salud.

⁷ OPS-OMS. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. El Servicio Social de Medicina en América Latina. Situación Actual y Perspectivas. (*Informe de un Taller Regional, Washington, D.C., 9-11 de Abril de 1997*), Diciembre de 1998.

⁸ OPS-OMS. Programa de Desarrollo. Ibid.

reformas del sector salud. Por otro lado, los profesionales que están laborando en áreas apartadas no tienen oportunidades de educación continua y desarrollo profesional.

4. Sistema de atención de salud, que tiene que considerar las características del personal de salud en cuanto a número, composición por edad, sexo, ocupación y su evolución dinámica.
5. Organización institucional que incluye la estructura y los roles de instituciones nacionales que reciben influencias externas e internas o nacionales. Una de ellas es la descentralización,⁹ que a pesar de los obstáculos en el Ecuador sigue abriéndose camino.

A la hora de distribuir el personal de salud, uno de los problemas graves con el que se encuentran las autoridades correspondientes, es que el personal de salud tiene problemas para trabajar en lugares apartados y no quiere ir, o lo hace pero solo esperando la menor oportunidad para ser reubicado. Pues las deficitarias condiciones de las viviendas, la pobre calidad de la educación para los hijos, la traba para el avance profesional o las pocas oportunidades de capacitación, las dificultades de comunicación, de transporte e incluso la falta de dotación de las unidades de salud de equipo y medicamentos que permitan una atención de calidad, etc., a lo que se suma una pobre remuneración que hace que en algunos sitios los profesionales de la salud sean insuficientes o estén casi ausentes.

En algunos países, esta situación se agrava con la migración o “fuga de cerebros” o de personal calificado. En el Ecuador, por ejemplo ocurre un doble fenómeno. Por un lado, comienza a disminuir el número de personas que optan por una carrera en el ámbito de la salud de ahí que cada vez las universidades forman menos profesionales (especialmente enfermeras)¹⁰ y en parte porque desde hace aproximadamente una década el éxodo de ecuatorianos es masivo y el personal de salud no está al margen de esta problemática.

El problema de la migración en el Ecuador es tan grave que por primera vez se incluyó en el CENSO del año 2001, preguntas que dan cuenta de este fenómeno. Se obtuvo que en un período de 6 años (1996-2001) migraron 377.908 habitantes. El mayor porcentaje de migrantes tienen edades que van entre los 21 y los 30 años y el motivo de principal para abandonar el país es el trabajo. Se trata de un trabajo que implica una remuneración que le permite su sobrevivencia y de su familia. El año de mayor migración fue el 2000. La migración del recursos humano en salud es un aspecto que está siendo investigado desde algunos ángulos y en poco tiempo se tendrá datos al respecto. Este tema por tanto, deberá ser considerado a la hora de planificación y distribución equitativa de los recursos humanos en salud.

Las principales autoridades involucradas en la problemática deberán realizar propuestas imaginativas para retener el personal y ubicarlo donde es más necesario. En este sentido, hay países como Ghana que está desarrollando reformas sectoriales en salud dirigidas a alcanzar una mayor equidad en el acceso a servicios, a través de acciones como el aumento de la eficiencia en la utilización de los recursos, creando fuertes alianzas con la comunidad y otros socios, entre otras.

⁹ Dussault, G y Francheschini, M. Not enough... Op. Cit.

¹⁰ Merino, C. Datos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud. Ecuador 1981-2001.

Pero estas acciones influyen y a la vez que reciben la influencia de aspectos como el desarrollo de los recursos humanos en salud.¹¹

Es así que se plantea, entre otros aspectos, cambios en los perfiles de los equipos de salud, una mezcla y/o delegación de destrezas, desarrollo de trabajadores con multipropósitos, esquemas para aumentar sistemas de administración de personal y provisión de nuevos mecanismos de incentivos,¹² para mejorar la salud de los grupos poblacionales más relegados.

Como las mencionadas, existen múltiples propuestas para superar la inequidad en la distribución del personal de salud. Por ejemplo, hay quienes plantean que “Este sacrificio personal debe ser compensado con el debido reconocimiento económico y bonificaciones especiales para los concursos de plazas, becas, especialización, carrera funcionaria, etc. Este puede ser un mecanismo de estímulo para motivar el cumplimiento del servicio donde más se requiere”.¹³

En los propios Estados Unidos de Norteamérica se está buscando formas de que los profesionales de la salud presten servicios en áreas menos favorecidas y es así que, para el año fiscal 2003, el Presidente Bush planteó un aumento del 32% del presupuesto para el “National Health Service Corp”, este presupuesto adicional se lo utilizaría en incentivos para médicos, odontólogos y otros profesionales de la salud que trabajen en las áreas poco atendidas.¹⁴

Otra forma de superar la inequidad en la distribución del personal de salud es reformando el sistema educativo. Se plantean estrategias como subsidios estudiantiles, una revisión a la estructura y al contenido curricular, la adopción de nuevos métodos pedagógicos y cambios en los criterios de admisión, etc. Los incentivos financieros solos no son suficientes para asegurar que las áreas alejadas y desprotegidas puedan tener equipos de salud adecuados.¹⁵ También se plantea la formación de nuevos tipos de trabajadores de la salud y asistentes médicos, sin embargo, esta estrategia tiene reparos especialmente de los médicos que no aceptan que otros trabajadores de la salud puedan tener destrezas que antes eran exclusivas de estos profesionales.

En algunos países como en Tailandia se reclutó personal de áreas rurales con algún éxito, pues sus contratos incluían residencias en sus oficinas provinciales de salud y ordenaban de 2 a 4 años de empleo en el sector público luego de su graduación. Los estudiantes recibían subsidios educacionales y esto incrementó el número de estudiantes de las áreas rurales.¹⁶ Pero, por otra parte, también hay que trabajar por vencer las barreras culturales y ofrecer una mejor dotación a los servicios rurales.

Algo que a la par ayuda a vencer algunas dificultades es la globalización de la comunicación y el uso de tecnología informatizada, además de la descentralización de las instituciones educativas

¹¹ Es una traducción, no textual de: Dovo Delanyo. Health Sector Reform and Deployment, Training and Motivation of Human Resources towards Equity in Health Care: Issues and Concerns in Ghana. Human Resources for Health Development Journal, Volume 2. Dirección electrónica: (http://www.moph.go.th/ops/hrdj/Hrdj_no3/table_contents.html)

¹² Ibid.

¹³ OPS-OMS. Programa de Desarrollo..Op. Cit.

¹⁴ Tomado de HRSA, “HHS to Award Record \$89.4 million in Scholarship, Loan Repayments to Doctors, Clinicians, Students Who Take Jobs in Rural, Underserved Areas”. HHS NEWS.. Tomado de Internet. Dirección Electrónica: <http://newsroom.hrsa.gov/releases/2002releases/nhsc.htm>.

¹⁵ Dussault, G y Franceschini, M. Not enough... Op. Cit.

¹⁶ Ibid.

y de entrenamiento. Por otro lado, se trata de regular u proponer medidas que influyen en la elección de las áreas de práctica.

Finalmente se propone mejorar las políticas nacionales y los acuerdos internacionales, más aún ahora que la migración afecta tanto a los países que “exportan” sus recursos humanos como aquellos que los reciben e incluso los importan.

Muchas de las estrategias mencionadas han dado buenos resultados, pero esto depende de cada país, de su idiosincrasia, de la forma como se las aplican, etc. El superar la inequidad en la distribución de los recursos va a demandar mucho tiempo y trabajo, mientras que los habitantes de estas zonas enferman y mueren esperando estos cambios. Por tanto, es importante comenzar lo antes posible, concientizando a las autoridades nacionales e institucionales a través de estudios que demuestren sin lugar a dudas la problemática de la inequidad para plantear soluciones nacionales y locales.

Pero para demostrar esta inequidad en la distribución de los recursos humanos en salud se debe “...partir del conocimiento de disponibilidad actual, las necesidades futuras para alcanzar una meta estandarizada internacionalmente”.¹⁷ “Por esta razón, disponer de una plataforma de información cobra mayor importancia, dadas las características de mercado imperfecto de este recurso, que necesita la implementación de un sistema emisor de señales muy poderoso para no oscilar erráticamente (y muchas veces simultáneamente) de la abundancia a la escasez,¹⁸ como ha ocurrido frecuentemente”. Por ejemplo, “Si los datos del sistema de información señalan que la concentración de especialistas o de enfermeras en las capitales o grandes ciudades sigue aumentando en desmedro de las zonas alejadas, los sistemas de servicios se verán obligados a planificar programas de incentivos a mediano plazo o a diseñar perfiles de carreras funcionales que reviertan esta tendencia”¹⁹ y se supere la inequidad que estaría ocurriendo.

Es por ello que por un lado en diversos países se ha iniciado la creación y desarrollo de Observatorios de Recursos Humanos en Salud como una “...plataforma que debería estar constituida por un set de datos básicos, mantenidos por información de fuentes primarias regulares (registros permanentes, fuentes estadísticas),²⁰ que sea al mismo tiempo alimentada y usada por los actores principales del sistema”. Pues se trata de que exista “una interacción permanente entre los principales objetivos de la planificación y las necesidades de información”.²¹

El acopio de información sumada al correspondiente análisis ponen en evidencia graves problemas que aquejan a muchos países como las comentadas, inequidades en la distribución geográfica de los recursos humanos, además de otro tipo de inequidades. Por el momento, se propone realizar un estudio cuantitativo, a nivel internacional, que evidencie, sin lugar a dudas, las diferencias injustas e innecesarias que ocurren en la distribución de los recursos humanos en salud. Tres países, además del Ecuador, fueron seleccionados, Bolivia, El Salvador y México. De estos, gracias al Dr. Félix Rígoli, se ubicó a profesionales que pueden ser considerados

¹⁷ Brito, P., Padilla, M. y Rígoli, F. Las Reformas del Sector Salud y la Planificación de Recursos Humanos. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud. Washington.

¹⁸ Citado por Brito, P., Padilla, M y Rígoli, F. En: Las Reformas del Sector, Ibid.

¹⁹ Brito, P., Padilla, M. y Rígoli, F. Las Reformas del Sector Salud... Op. Cit.

²⁰ Citado por Brito, P., Padilla, M y Rígoli, F. En: Las Reformas del Sector...Op.Cit.

²¹ Brito, P., Padilla, M. y Rígoli, F. Las Reformas del Sector ... Op. Cit.

“informantes clave” y son: el Dr. Rubén Colque Mollo de Bolivia, Dr. Tomás Figueroa de El Salvador y la Dra. Guadalupe Alarcón de México.

A través del correo electrónico se les hizo llegar un instrumento (ver anexo 1) que permite recabar información sobre las principales variables o indicadores relacionados con los recursos humanos en salud, enfermedad y muerte y condiciones socio-económicas que cada país dispone, su nivel de discriminación geográfica, así como también las fuentes, la confiabilidad y oportunidad (actualización) de esta información.

A continuación se presenta una síntesis de la información que dispone cada país y que será la que permita evaluar la factibilidad de realizar el estudio internacional.

En lo que tiene que ver con **recursos humanos en salud**, como son datos cuantitativos sobre médicos, odontólogos, enfermeras, obstetras y auxiliares en todos los países se puede obtener información a nivel de municipios, sin embargo para El Salvador es más fácil y rápido obtener los datos de los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI).²² El Dr. Figueroa indica que *“de los 14 Departamentos que posee El Salvador, se ha distribuido el total de 27 SIBASI en todo el territorio nacional”, aunque agrega que “Si la información se requiere por municipio, se cuenta con la capacidad para realizarla, pero para ello es obligatorio el desplazamiento por los 267 municipios con los que cuenta el país”*.²³

En Bolivia para la obtención de la información sobre personal de salud se recurriría al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS-RRHH) que tiene un nivel medio de confiabilidad pero con información actualizada al 2003 y de ser necesario el Dr. Colque la podría *“actualizar al 2004 en un tiempo no mayor a un mes”*.

Así también, en El Salvador, se esta información reposa en el Conjunto de Datos Básicos del Observatorio de Recursos Humanos del 2003 que recibe el aporte del Grupo Intersectorial para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud (GIDRHUS) además de instituciones como: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Bienestar Magisterial (BM), Sanidad Militar (SM) Organismos no Gubernamentales y sector privado. Se califica de “buena” a su confiabilidad y se la obtendría del año 2002.

Finalmente, México indica que tiene dos fuentes fundamentales con un nivel “bueno” de confiabilidad, para recabar información sobre personal de salud en el que se incluye además a profesionales especializados y son: Recursos y Servicios, Boletín de Información Estadística, 2002 y Situación de Salud en el Estado. La primera fuente da información hasta el año 2002 y de los niveles nacional y estatal mientras que la segunda que llega al nivel municipal tan solo tiene datos hasta 1999.

²² Los SIBASI explica el Dr. Figueroa son unidades político administrativas, *“considerados como tal para mejorar el acceso a los servicios de salud, especialmente para aquella población más vulnerable, fortaleciendo el papel del nivel local como proveedor de servicios, y comprometido con la sociedad, el SIBASI fomenta la integración de la comunidad, los diversos actores sociales y las instituciones del sector. Al mismo tiempo de estar comprometido con los principios y valores de la Propuesta de Reforma Integral de Salud, y con la participación activa de todos los actores sociales y las necesidades de la comunidad, en los cuales los establecimientos de salud se organizan en redes que se apoyan entre sí para fortalecer su capacidad de respuesta ante las necesidades de la población”*.

²³ En todos los casos que se utiliza cursiva es porque son notas textuales tomadas de las comunicaciones electrónicas de los Drs. Colque, Figueroa y Alarcón.

Otro grupo de indicadores y variables sobre los que se requirió tener el estado de su información es el denominado “**indicadores de enfermedad**”. Bolivia en lo que se refiere a mortalidad infantil y materna tiene información exclusivamente a nivel de departamentos,²⁴ los datos provienen del Instituto Nacional de Estadística con un buen nivel de confiabilidad. La información sobre mortalidad infantil se la puede conseguir hasta del 2003 en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud mientras que los de mortalidad materna sólo hasta el 2001. En lo que se refiere a información sobre desnutrición y bajo peso al nacer si se la puede obtener a nivel de municipios aunque su confiabilidad es media. La fuente fundamental es el SNIS y la actualización es al 2003.

El Salvador también cuenta con información sobre mortalidad infantil y materna además de desnutrición y bajo peso al nacer por cada uno de los SIBASI. La fuente fundamental es la Unidad de Planificación (MSPAS) e ISSS, se puede encontrar información del 2002 y goza de una buena confiabilidad.

En relación a mortalidad y enfermedad (desnutrición y bajo peso al nacer), México, tiene información nacional y estatal en dos fuentes con un buen nivel de confiabilidad y son: Programas Sustantivos, Daños a la Salud del Boletín de Información Estadística, 2002 y Salud México 2001. En cambio, información a nivel municipal, los datos sobre mortalidad se los puede obtener de La Situación de Salud en el Estado también con una buena confiabilidad pero máximo hasta 1999 y no se lograría con este nivel de desagregación información sobre los indicadores de enfermedad.

El siguiente grupo de variables o indicadores son los **socio-económicos**. En este caso, Bolivia dispone de información a nivel municipal al año 2001, sobre necesidades básicas insatisfechas (NBI), índice de desarrollo humano (IDH) y producto interno bruto (PIB). Los dos primeros indicadores se los obtiene del Instituto Nacional de Estadística (INE) y de la Unidad de Análisis de Políticas Sociales (UDAPSO), siendo la confiabilidad buena para el NBI y media para el IDH, en cambio del PIB se la considera mala, aunque también proviene de INE pero la razón para tal calificación es que se trata de estimaciones. Además el Dr. Colque refiere ya contar “*con la base de datos municipal por NBI. Del IDH sería necesario solicitarla, ... no demoraría más de una semana*”. En lo referente al índice de vulnerabilidad el social “*se ha construido para el año 1998*” y no se sabe si existe “*una versión actualizada, talvez sea necesario construirla*”.

Finalmente Bolivia cuenta además con indicadores de pobreza como “*el índice de pobreza y desigualdad que combina el gasto con el NBI, que es de reciente publicación (2003). Se ha elaborado también el índice de salud municipal, que no esta actualizado y es una versión previa al censo de población del 2001*”.

El Salvador tiene información sobre NBI, IDH, PIB e índice de vulnerabilidad social, a nivel nacional (excepto para el primero) y por los SIBASI. La fuente es el Informe FESAL Encuesta Nacional de Salud Familiar 2002/03. De responsabilidad directa de la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS), con la participación de los Ministerios de: Salud Pública y Asistencia, Educación, Relaciones Exteriores, la Dirección General de Estadística y Censos, Secretaría Nacional de la Familia, Instituto Salvadoreño de Seguridad Social, UNFPA, OPS/INCAP, USAID/El Salvador,

²⁴ Bolivia según comunicado del Dr. Colque se divide en 9 departamentos, cada departamento tiene provincias, las que a su vez se dividen en municipios. Actualmente los municipios son considerados como unidades político administrativas descentralizadas para la toma de acciones en salud y educación a partir de la Ley de Participación Popular”.

CDC y otros. La confiabilidad de la información es considerada buena y se tiene datos hasta el 2002.

Además el Dr. Figueroa indica que “Otras variables o indicadores relacionadas con el tema con los que se podría contar son: tasa de fecundidad, número de promotores de salud / rurales y número de establecimientos de salud por SIBASI además de los denominadores poblacionales”

En relación a los indicadores socio-económicos México tiene el IDH y grado de desarrollo humano conformado por 5 dimensiones: índice de esperanza de vida, índice de alfabetización, índice de matriculación, índice de nivel de escolaridad, PIB per cápita. Estos índices se los puede obtener del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y los Índices de Desarrollo Humano del Consejo Nacional de Población (CONAPO) a nivel nacional, estatal y municipal, con un buen nivel de confiabilidad y basado en datos del Censo del 2000. Para los niveles nacionales y estatales se menciona una fuente más actualizada (2002) y es el Informe sobre Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Además se cita al PIB dedicado a salud que se lo puede encontrar en el Informe sobre Desarrollo Humano de la ONU también basado en el censo, con buen nivel de confiabilidad pero solo a nivel nacional y estatal.

En lo que se refiere índice de vulnerabilidad social, México, no lo tiene, al menos con esa denominación. En el caso del NBI (índice y grado de marginación) se menciona la siguiente lista de elementos constitutivos: población total, índice y grado de marginación, porcentajes de: población analfabeta de 15 años o más; de población sin primaria completa de 15 años o más; ocupantes en vivienda sin drenaje ni servicio sanitario exclusivo, sin energía eléctrica, sin agua entubada, con piso de tierra; viviendas con algún nivel de hacinamiento. También se menciona a porcentaje población: con menos de 5000 habitantes; ocupada con ingreso de hasta 2 salarios mínimos; lugar que ocupa una entidad federativa en el contexto estatal y en el nacional. Todo lo mencionado se puede recabar del censo del 2000, a nivel nacional, estatal y municipal. La fuente es el CONAPO y se considera tiene un buen nivel de confiabilidad.

Finalmente, los indicadores demográficos que a continuación se enumeran provienen de la fuente antes mencionada es decir del CONAPO (censo 2000), estos son nacimientos, defunciones, crecimiento natural, inmigrantes y emigrantes interestatales, migración neta interestatal, internacional y total y sus respectivas tasas a las que se suman las tasas de crecimiento total, la tasa global de fecundidad, la esperanza de vida total y por sexo y la tasa de mortalidad infantil.

Para el caso del Ecuador no se ha detallado los datos que posee y sus fuentes pues en el siguiente capítulo se trabaja con ellos y se pone en consideración una ejemplificación de la inequidad presente a la hora de distribuir geográficamente el talento humano en salud en este país.

UNA VISIÓN CUANTITATIVA A LAS INEQUIDADES EN LA DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL ECUADOR

El Ecuador, país situado al Noroeste de América, ubicado en la mitad del mundo ya que está dividido por el paralelo 0° de la línea ecuatorial. Para el primer año del siglo dos mil, contó con una población total de 12'156.608 habitantes.²⁵ Está atravesado de Norte a Sur por la cordillera de los Andes que le divide geográficamente en tres regiones naturales Costa, Sierra y Oriente. A esto se suman una serie de islas, el Archipiélago de Galápagos, considerado como Patrimonio de la Humanidad, constituyendo la cuarta región natural.

Con una extensión de 256.370 Km² lo que implica una densidad poblacional del 47.4 habitantes por Km², sin embargo son las regiones Costa y Sierra las que concentran al 94.7% del total de la población. El Ecuador actualmente se divide en 22 provincias y a su vez en 217 cantones.

Para esta parte del estudio, que constituye un análisis cuantitativo de lo que ocurre con el personal de salud en el Ecuador, se ha seleccionado al año 2001 como año base de la información, pues es en este año en el que se realiza el VI Censo de Población y V de Vivienda y por tanto mucha información se deriva de este y se tiene disponible a todo nivel (nacional, por regiones, provincias, cantones e incluso parroquias). Además existen estudios que han usado los censos de población para medir desequilibrios en la distribución de la fuerza de trabajo en salud,²⁶ lo que ratifica esta decisión. Por otro lado, la información del 2002 todavía no está publicada y solo se puede acceder a ella solicitando oficialmente a las instituciones que la recogen, por ejemplo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC y en casos como población son estimaciones.

En relación al personal de salud también se recurre al INEC, pues es la única institución del país que recoge sistemática y anualmente estos datos de los establecimientos de salud del Ecuador. Desafortunadamente, esto excluye al personal que hace libre ejercicio de su profesión y que se supone es en un número considerable. En el país es difícil encontrar otra institución que pueda dar cuenta de esta información, por otro lado, tampoco discrimina cuando el mismo profesional trabaja en dos establecimientos de salud. Sin embargo, de estas limitaciones los datos, obtenidos de esta fuente, ya permiten un buen nivel de análisis.

El INEC divide al personal de salud en 14 categorías en las que incluye personal administrativo y de servicios. De estas categorías para el presente estudio se han seleccionado 4 que más cercanas están a la población en general y a los pacientes en particular y son médicos, enfermeras, odontólogos y auxiliares de enfermería.

²⁵ INEC. VI Censo de Población y V de Vivienda. Ecuador 2001.

²⁶ Ver: Gupta, Neeru y col. *Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries*. EN: International Journal for Equity in Health. 2003.

La información sobre Recursos Humanos del INEC fue adquirida para el Observatorio de Recursos Humanos que se está desarrollando en el Ecuador, gracias al aporte del Proyecto de Modernización de Servicios de Salud (Modersa).

Por otra parte, el mencionado Instituto a la luz de un convenio interinstitucional (INEC-OPS), proporcionó los datos sobre mortalidad general, infantil, de menores de 5 años y materna, desglosados por cantones del 2001 y disponen de esta información a nivel de bases de datos para el 2002.

Otra fuente importante de información es el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE). Este sistema es desarrollado por la Secretaría Técnica del Frente Social²⁷ y dispone de información que mediante convenios la obtiene de otras entidades que realizan investigaciones de fuente primaria. Este sistema fue entregado al Centro de Información Sectorial del Consejo Nacional de Salud en su versión 3.5, en este la información sobre algunos aspectos está actualizada como fecha tope al año 2001, desafortunadamente el acápite sobre recursos humanos es el menos desarrollado. Por otra parte la actualización de la información la hacen por sectores y les lleva más tiempo del que se desearía.

Finalmente una tercera fuente, es un sistema de Información para la Planificación Nacional, denominado INFOPLAN el mismo que ha sido desarrollado por la Oficina de Planificación adscrita a la Presidencia de la República. Esta instancia ha desarrollado un índice de salud el mismo que se lo puede obtener para el nivel cantonal.

De las fuentes antes mencionadas se han obtenido los datos que han permitido el análisis cuantitativo que a continuación se presenta.

RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Para el 2001, el INEC reporta un total de 19.939 médicos que laboran en establecimientos de salud, esto supone una tasa de 16.4 por 10.000 habitantes. Del total de médicos un 50.3% trabaja para el sector público. Las diferencias a nivel cantonal van desde cantones que tienen una tasa de 46.0 médicos por 10.000 hb (Las Lajas, ubicado en la provincia de El Oro), seguido por Loja (33.5), Cuenca (33.1), etc. (ver cuadro 1 del anexo 2) hasta cantones como Palestina que tiene un sólo médico para una población de 14.067 habitantes (0.7/10.000hb). Además de estas diferencias cabe resaltar el hecho de que de los 217 cantones del país, tan solo 23 es decir un 10.6% tienen tasas superiores a la nacional.

En relación a las enfermeras, el total que laboran en establecimientos de salud del país asciende a 6.406 según el INEC, de ellas (os) el 82.1% lo hace en establecimientos públicos. La tasa a nivel nacional para el 2001 es de 5.3 por 10.000 habitantes y las graves diferencias cantonales van desde Mera o Quito que tienen las tasas más elevadas (14.8 o 12.4/10.000hb) a veinte cantones que simplemente no disponen de este personal (Ver cuadro 2 del anexo 2). Llama la atención que el cantón Las Lajas que tiene la tasa más elevada de médicos, no disponga de enfermeras, lo que hace dudar del dato, a pesar de que provienen del INEC que es la institución oficial para el reporte

²⁷ Más información en la siguiente dirección electrónica: www.siise.gov.ec.

de datos estadísticos de toda índole en el país. Por otra parte, 32 cantones tienen una tasa igual o superior a la nacional, el restante 85.3% tienen tasas inferiores.

El INEC reporta para el 2001 la existencia de 2.118 odontólogos laborando en establecimientos de salud (1.7/10.000hb). De estos el 91.0% pertenecen a instituciones del sector público. Así también las diferencias cantonales van desde cantones como Carlos Julio Arosemena que tiene 11.4 odontólogos por 10.000 habitantes a cinco cantones en los cuales no existe este personal trabajando en establecimientos de salud, como se puede ver en el cuadro 3 del anexo 2. Por otro lado, a diferencia de los médicos, 109 cantones es decir algo más de la mitad de éstos, tienen tasas iguales o superiores a la tasa nacional.

Los médicos constituyen el grupo más numeroso del personal de salud que laboran en establecimientos de salud del país, seguido por los (as) auxiliares de enfermería que para el 2001 sumaban un total de 12.984, lo que corresponde a una tasa de 10.7 por 10.000 hb. El 80.5% de este personal trabaja para establecimientos del sector público. Finalmente solo 51 de los 217 cantones (23.5%) tienen tasas similares o mayores a la nacional.

POBREZA POR NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI)

Uno de los indicadores socio-económico seleccionado para el presente estudio es el de pobreza por necesidades básicas insatisfechas que consiste en “el número de personas (u hogares) que viven en condiciones de “pobreza”, expresado como porcentaje del total de la población en un determinado año. Se considera “pobre” a una persona si pertenece a un hogar que presenta carencias persistentes en la satisfacción de sus necesidades básicas incluyendo vivienda, salud, educación y empleo”.²⁸ Este constituye un método directo para medir el problema de la pobreza.

Para calcular este indicador se toman los datos del Censo del 2001 y se asume las recomendaciones de la Reunión de Expertos Gubernamentales en Encuestas de Hogares; Empleo y Pobreza, de la Comunidad Andina.²⁹ A nivel nacional se estima que existe un 61.3% de población considerada pobre.

La pobreza por NBI³⁰ es reportada a nivel cantonal y las diferencias son tan graves como que hay cantones que tienen un 97.7% y 97.6% de pobres por necesidades básicas insatisfechas. Estos porcentajes corresponden a dos cantones pertenecientes a la provincia de Esmeraldas (Río Verde y Eloy Alfaro) y uno a la provincia oriental de Taisha, mientras que cantones como Rumiñahui (30.1%)

²⁸ Secretaría Técnica del Frente Social. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. Versión 3.5. Ecuador 2003. Ficha Metodológica.

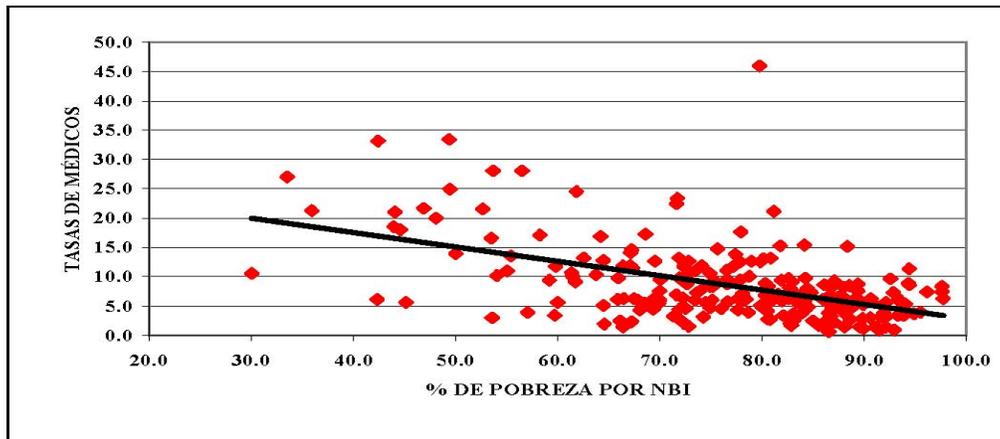
²⁹ El SIISE define hogar pobre como aquel que: 1. Su vivienda tiene características físicas inadecuadas (Aquellas que son inapropiadas para el alojamiento humano: con paredes exteriores de lata, tela, cartón, estera o caña, plástico u otros materiales de desecho o precario; ó con piso de tierra. Se incluyen las móviles, refugio natural, puente ó similares). 2. Su vivienda tiene servicios inadecuados (Viviendas sin conexión a acueductos o tubería, o sin sanitario conectado a alcantarillado o a pozo séptico). 3. El hogar tiene una alta dependencia económica (Aquellos con más de 3 miembros por persona ocupado y que el Jefe(a) del hogar hubiera aprobado como máximo dos años de educación primaria). 4. En el hogar existen niños (as) que no asisten a la escuela (Aquellos con al menos un niño de seis a doce años de edad que no asiste a la escuela) y 5. El hogar se encuentra en un estado de hacinamiento crítico (Aquellos con más de tres personas en promedio por cuarto utilizado para dormir).

³⁰ Secretaría Técnica del Frente Social. SIISE. Ibid.

y Quito (33.6%) ubicados en la provincia de Pichincha tienen los porcentajes más bajos (ver cuadro 1 del anexo 3).

Cuando se calcula el coeficiente de correlación entre las tasas de médicos y el porcentaje de pobreza por necesidades básicas insatisfechas es $r = -0.51$, dando el siguiente gráfico:

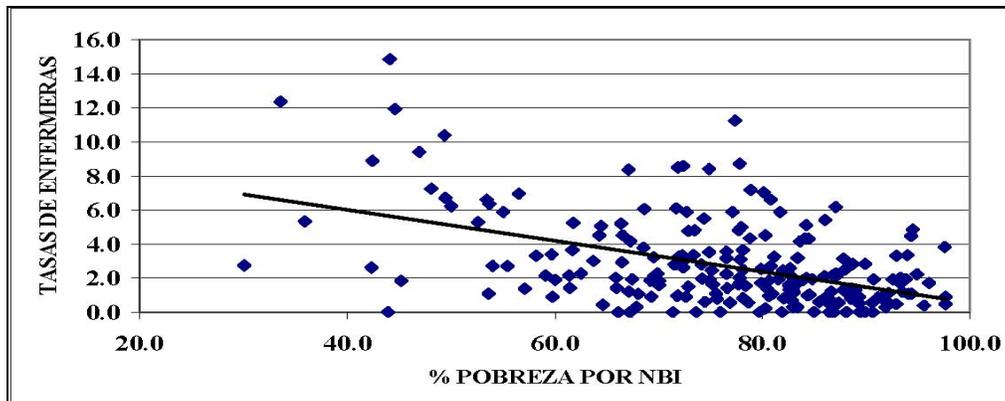
Gráfico 1.
Correlación entre porcentajes de pobreza por necesidades básicas insatisfechas y tasas de médicos por cantones del Ecuador – 2001



Fuentes: INEC (Observatorio de Recursos Humanos del Ecuador) y SIISE
Elaboración: Merino, C.

Así también la correlación entre la tasa de enfermeras calculada para cada cantón y el indicador sobre necesidades básicas tiene un coeficiente de correlación algo menor que para el caso de los médicos ($r = -0.47$) y por tanto el gráfico es bastante similar.

Gráfico 2.
Correlación entre porcentajes de pobreza por necesidades básicas insatisfechas y las tasas de enfermeras por cantones del Ecuador 2001



Fuentes: INEC (Observatorio de Recursos Humanos del Ecuador) y SIISE
Elaboración: Merino, C.

Los coeficientes de correlación en el caso de odontólogos ($r = -0.22$) y auxiliares de enfermería ($r = -0.33$) son más bajos.

Las dos primeras correlaciones demuestran con mayor claridad el problema de la inequidad pues donde hay mayores problemas socio-económicos y por tanto se supone habrá mayores problemas de salud, existe menor cantidad de médicos y enfermeras.

Otro aspecto que profundiza más este capítulo es el cálculo de la extrema pobreza también por NBI (ver cuadro 2 del anexo 3). A nivel nacional se calcula que el 31.9% de la población del país vive en extrema pobreza. Los cantones con los porcentajes más elevados de extrema pobreza son Guamote (87.9%) y Taisha (82.0%). Al otro extremo se encuentran San Cristóbal (8.2%) y Rumiñahui (8.1%).

Los coeficientes de correlación entre extrema pobreza por NBI con cada tipo de personal de salud considerado en este estudio son algo menores que para el caso de pobreza. Así, con la tasa de médicos es de $r = -0.43$, con la de enfermeras es de $r = -0.36$ y con la de odontólogos y auxiliares de enfermería es de $r = -0.26$, pues comparten el mismo coeficiente.

Por otra parte, el SIISE construyó un indicador que sintetiza la oferta de recursos humanos en salud y se agrega el aporte de infraestructura y le denominó Índice de Oferta en Salud. En la medida, en que considera al personal de salud con un peso importante se lo asume en el presente estudio y se lo describe y utiliza a continuación.

ÍNDICE DE OFERTA EN SALUD

Según el SIISE, “El índice de oferta en salud es una medida que resume las diversas dimensiones de la oferta de servicios de salud en las parroquias y cantones del país. Se estima mediante el método estadístico de componentes principales, una técnica que transforma un conjunto de variables en una nueva medida que representa la mayoría de la información contenida en el grupo original.

El índice de oferta en salud se estima a partir de los siguientes indicadores:

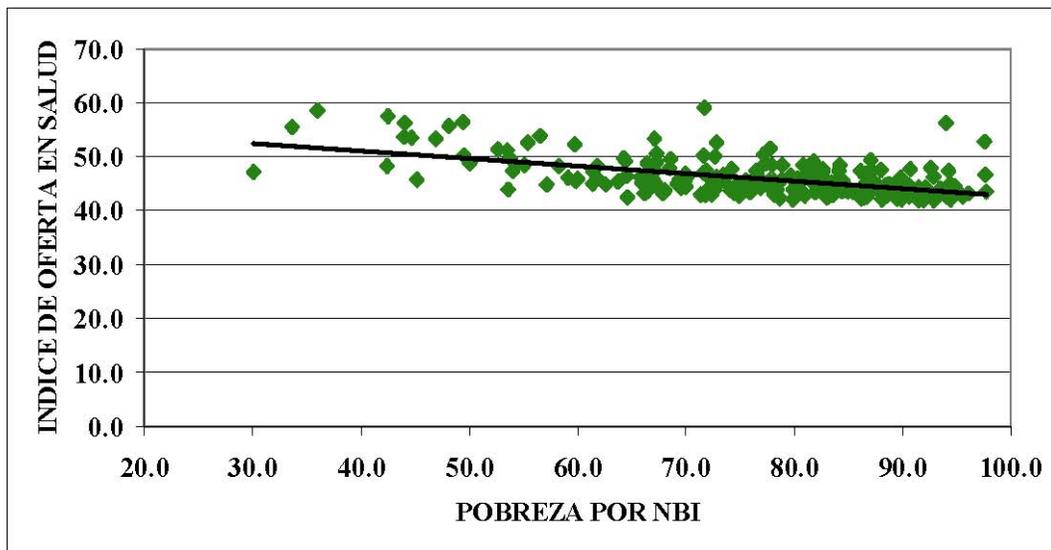
1. Médicos/as que laboran en establecimientos de salud (tasa por cada 10.000 habitantes)
2. Personal de salud que labora en establecimientos de salud excluyendo médicos: odontólogos/as, obstétricas, enfermeras/os; auxiliares de enfermería (tasa por cada 10.000 habitantes)
3. Establecimientos de salud sin internación (tasa por 10.000 habitantes).³¹

Este índice es calculado por el SIISE para el año 1999 y a nivel nacional se tiene un 49.2 lo que implica una oferta deficiente de recursos en salud en el país. Pero las diferencias cantonales son considerables y van desde 59.2 en Santiago o 58.7 en San Cristóbal hasta un 41.9 en Mocache, Flavio Alfaro y Colimes (ver anexo 2 cuadro 5).

³¹ Secretaría Técnica del Frente Social, SIISE. El índice de oferta en salud se interpreta como un promedio ponderado de los indicadores anotados. Se presenta en una escala de 40 a 100, en donde 100 es el valor de la mayor oferta de servicios con relación a la población y 40 el menor valor de la medida.

A pesar de que los años son distintos sin embargo se realiza una correlación entre el índice de oferta en salud y pobreza por NBI y el coeficiente sube a $r = -0.56$,³² reforzando las evidencias de inequidad, vistas en el acápite anterior, pues a mayor porcentaje de pobreza existe una menor oferta en salud, como se puede apreciar a continuación. En este caso la dispersión es menor que la observada en el caso de los médicos y enfermeras.

Gráfico 3.
Correlación entre los índices de oferta en salud y los porcentajes de pobreza por necesidades básicas insatisfechas, por cantones del Ecuador 1999 y 2001*



* 1999 corresponde a los índices de oferta en salud y el 2001 a los porcentajes de pobreza.

Fuente: Secretaría Técnica del Frente Social, SIISE

Elaboración: Merino, C.

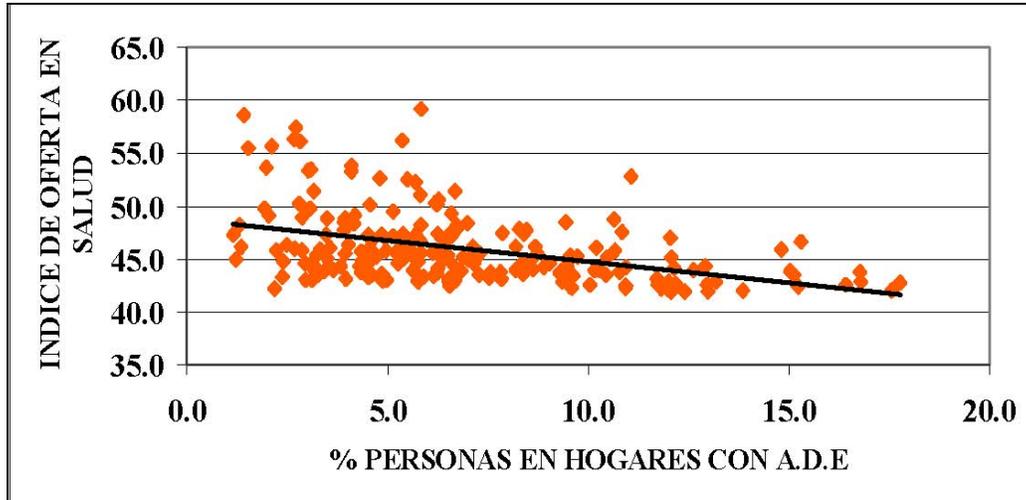
PORCENTAJE DE PERSONAS EN HOGARES CON ALTA DEPENDENCIA ECONÓMICA

Otro indicador que el SIISE propone es el porcentaje de personas en hogares con alta dependencia económica. Este está construido con los datos que provienen del Censo del 2001. A nivel nacional se calcula un porcentaje de 5.0. El diferencial entre cantones es de 16.6 puntos porcentuales. Los 5 primeros cantones que tienen los porcentajes más elevados coincidentalmente provienen de una sola provincia del país, Manabí y son: Pedernales (17.8%), Olmedo (17.5%), Pichincha y Paján (16.8%) y 24 de Mayo (16.4%) mientras que Tisaleo y Rumiñahui tienen los menores (1.2%) (ver cuadro 3 del anexo 3).

Los coeficientes de correlación con las tasas de médicos ($r = -0.39$), de odontólogos ($r = -0.31$), de enfermeras ($r = -0.33$), de auxiliares de enfermería ($r = -0.24$) no son elevados. Este aumenta solo cuando se correlaciona con el índice de oferta en salud a $r = -0.42$. A continuación se puede mirar esta correlación de manera gráfica:

³² Para el cálculo del coeficiente así como para el gráfico se retira al cantón Pablo VI que para 1999 todavía no se creaba.

Gráfico 4.
**Correlación entre los índices de oferta en salud y
los porcentajes de personas en hogares con alta dependencia
económica, por cantones del Ecuador 1999 y 2001***



A.D.E.: Alta dependencia económica

* 1999 corresponde a los índices de oferta en salud y el 2001 a los porcentajes de hogares con alta dependencia económica.

Fuente: Secretaría Técnica del Frente Social, SIISE

Elaboración: Merino, C.

Nuevamente esto demuestra que a mayores problemas económicos existe una menor oferta en salud, es decir no hay equidad en la distribución de los recursos humanos en salud en el Ecuador, pues estos se ubican de manera preferente en lugares donde existe una mejor posibilidad económica de sus habitantes.

Por otro lado, el SIISE con ODEPLAN construyen otro indicador denominado incidencia de la pobreza de consumo que es un método indirecto de medir la pobreza. Este indicador está construido para 1999 y se reporta a nivel cantonal, de allí que entra a formar parte de este estudio pues ayuda a demostrar los problemas de inequidad en la distribución de los recursos humanos en salud.

INCIDENCIA DE LA POBREZA DE CONSUMO

En este caso, se define como "pobres" a aquellas personas que pertenecen a hogares cuyo consumo per cápita, en un período determinado, es inferior al valor de la línea de pobreza. La línea de pobreza es el equivalente monetario del costo de una canasta básica de bienes y servicios por persona por período de tiempo (generalmente, quincena o mes). La incidencia de la pobreza se calcula mediante el Índice de Foster-Greer-Thorbecke (FGT).³³

Este indicador se lo construye en base al Censo de 1990 pero ajustado con las encuestas de calidad de vida para 1995, 1998 y 1999 y estima un 60.6% de pobreza a nivel nacional. Las

³³ Secretaría Técnica del Frente Social. SIISE. Op. Cit.

diferencias por cantones van desde Espíndola con un 98.6% de pobreza o Chillanes con un 96.1% hasta cantones de la provincia de Galápagos como Santa Cruz (19.5%) y San Cristóbal (18.8%).

Los coeficientes de correlación³⁴ con las tasas de médicos ($r = -0.36$), de odontólogos ($r = -0.29$), de enfermeras ($r = -0.25$), de auxiliares de enfermería ($r = -0.30$) son bajos. Este coeficiente sube de manera interesante a $r = -0.46$ cuando se relaciona con el índice de oferta en salud.

PIB PER CÁPITA

El producto interno bruto (PIB) es el valor total de la producción corriente de bienes y servicios finales dentro del territorio nacional durante un año. Al PIB per cápita o por persona se lo define como un indicador de actividad económica media, por tanto es una medida aproximada del ingreso medio en la economía pero no dice nada acerca del destino de los ingresos generados en el proceso productivo, los que podrían o no estar concentrados en una pequeña parte de la población.³⁵

En el Ecuador el PIB es calculado por el Banco Central de conformidad a la metodología de cuentas nacionales de las Naciones Unidas. Para el año 2001 se reporta un total de 17.982,0³⁶ millones de dólares norteamericanos, estos divididos para la población del Ecuador de ese año según el Censo del INEC da un total de 147937 dólares de Estados Unidos per cápita.

El PIB per cápita calculado para los cantones y asociado con las tasas de médicos, odontólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería nos da coeficientes de correlación que van desde $r=0.4$ para el caso de médicos, $r=0.3$ para enfermeras, $r=0.2$ para auxiliares de enfermería y es negativo ($r = -0.1$) para los odontólogos. Estos resultados corroboran el hecho de que la ubicación de los profesionales de la salud, especialmente de los médicos está entre otros aspectos más vinculado con una mayor posibilidad económica dada por poblaciones más numerosas, mientras que no es tan evidente para el caso de los odontólogos que incluso la relación llega a ser inversa.

ÍNDICE DE VULNERABILIDAD SOCIAL

La Secretaría Técnica del Frente Social pone a disposición de los usuarios del SIISE otro indicador que para efectos del presente estudio puede resultar de utilidad y es el índice de vulnerabilidad social. El problema es que tiene diversas fuentes primarias de las que proceden los datos y éstas a su vez son de distintos años. Sin embargo, es un indicador bastante útil por lo que en este estudio será tomado en cuenta.

“El índice de vulnerabilidad social (IVS) es una medida compuesta que resume cinco dimensiones de los riesgos o vulnerabilidad de la población de los cantones del país: el

³⁴ Los coeficientes se los calcula excluyendo los cantones de Pablo VI y San Vicente que no aparecen en el indicador pobreza de consumo.

³⁵ Tomado de la ficha metodológica del SIISE.

³⁶ Secretaría Técnica del Frente Social, SIISE. Op. Cit.

³⁷ El cálculo es realizado por quien suscribe el trabajo y difiere del dato proporcionado por el SIISE (1396).

analfabetismo de la población adulta, la desnutrición en los niños/as, la pobreza de consumo en los hogares, el riesgo de mortalidad de los niños/as menores de un año, y la presencia de comunidades étnicas rurales. El IVS se presenta en una escala de 0 a 100 en donde el mayor valor de la distribución representa al cantón con mayor vulnerabilidad social y el menor, a aquel que tiene el menor nivel”.³⁸

El índice de vulnerabilidad social calculado para el país en general es de 32.7, pero las diferencias cantonales son las más grandes, pues, hay cantones como Guamote que tienen el índice más elevado (100.0) o Colta y Alausí que le siguen con índices de 87.9 y 85.7. Los tres cantones pertenecen a la provincia de Chimborazo, por el otro lado también se tiene tres cantones como Isabela (9.5), Santa Cruz (9.1) y San Cristóbal (8.9) que tienen los menores. Los índices de vulnerabilidad para cada cantón se presentan en el cuadro 4 del anexo 3.

Las correlaciones de este índice fueron las menos significativas, probablemente por la diferencia importante de los años de los que proviene la información, pues con la tasa de médicos y con el índice de oferta en salud el coeficiente llegó a $r = -0.24$, con la tasa de auxiliares de enfermería a $r = -0.22$, con la de odontólogos a $r = -0.12$ y con la de enfermeras apenas llegó a $r = -0.08$.

Finalmente se han encontrado otros indicadores como el índice de desarrollo humano, el índice de pobreza humana, desnutrición crónica y global, bajo peso al nacer pero desafortunadamente el desglose de la información es a nivel provincial y no al cantonal y, por otro lado, tiene diferentes años de referencia.

TASAS DE MORTALIDAD GENERAL, INFANTIL, DE 1 A 5 AÑOS Y MATERNA

Para el año 2001 la tasa de mortalidad general del país fue de 4.5 por 1.000 habitantes. Los mayores contrastes a nivel cantonal se tienen cuando cantones como Oña (12.4/1000hb),³⁹ Penipe (10.3/1000hb), Pimampiro (8.4/1000 hb) etc. tienen los valores más elevados de esta mortalidad mientras que Taisha (0.7/1000hb), Colimes (1.0/1000hb) y Santa Cruz o Jama (1.1/1000) tienen los menores.⁴⁰ Del total de cantones, más de la mitad (117 o el 54.2%) tienen valores superiores al promedio nacional.

En lo que se refiere a la tasa de mortalidad infantil, el valor nacional es de 17.3 por 1000 NVc.⁴¹ Así también hay cantones que tienen una mortalidad infantil de tres y hasta cuatro veces superior al dato nacional y son Chilla, Alfredo Baquerizo Moreno, Penipe, Colta, entre otros, con datos de 69.0, 58.3, 52.6, 51.2 por 1000 NVc y el extremo opuesto lo ocupan cantones que no reportan mortalidad infantil o esta es muy baja. En el caso de mortalidad infantil baja especialmente en cantones con población mayoritariamente pobre, dispersa o indígena, una de las explicaciones para ese dato podría ser el que no se reporte la muerte del infante.

³⁸ Secretaría Técnica del Frente Social, SIISE. Op. Cit.

³⁹ Hb: habitantes.

⁴⁰ Se incluiría el cantón Pablo VI, que aparentemente no reportó esta mortalidad pero podría tratarse de un error ya que se trata de un cantón de reciente creación.

⁴¹ NVc: Nacidos vivos corregidos con las inscripciones tardías realizadas en el 2002. La corrección se la hace gracias a los datos proporcionados por el INEC.

En el Ecuador, la tasa de mortalidad de niños de 1 a 5 años para el 2002 era de 1.7 por 1000 niños(as) de esa edad. Los diferenciales van desde cantones con alta mortalidad de este grupo etáreo como Pimampiro (10.5), Nangaritza (7.7), Pedro Moncayo (6.3), hasta aquellos que no la reportan.

Por otra parte la mortalidad materna a nivel nacional para el 2001 era de 0.67 por 1000 NVc. En este caso también cantones como Santa Clara tienen una tasa de mortalidad materna elevada dada por un denominador pequeño (27.8 por 1000 NVc) y otros no la reportan. En el caso de muertes maternas ausentes en ciertos cantones podrían deberse a una mala clasificación de la causa de muerte.

Estas tasas de mortalidad priorizadas se las puede observar en los diversos cuadros del anexo 4.

Cuando se asocia los distintos tipos de mortalidad con las tasas de profesionales de la salud las correlaciones aunque negativas sin embargo son demasiado pequeñas⁴² como para emitir conclusiones contundentes. La mayor correlación se la obtuvo al relacionar las tasas de mortalidad general con las de auxiliares de enfermería ($r = -0.27$).

Toda la información cuantitativa hasta aquí presentada permite por un lado, demostrar la distribución inequitativa del personal de salud y por otro, sugerir que en el Ecuador, al igual que en muchos países del mundo, la distribución de los recursos humanos en salud, aparentemente no responde a análisis cuantitativos de la información ni a una lógica de adecuación de los recursos a las condiciones de salud y vida de las poblaciones. Al parecer, responde más bien a condiciones socio-económicas.

Cuando se considera la distribución institucional del personal de salud, ésta probablemente responde a prácticas tradicionales como el cubrir puestos vacantes gracias a renuncias o jubilaciones, pues muchas instituciones mantienen o tratan de mantener el número de su personal e incluso en estos últimos tiempos la tendencia es a disminuir respondiendo a las políticas de ajuste del Estado. El uso de información cuantitativa es restringido pues no está al alcance de todos y con la oportunidad que se esperaría. Por tanto, es importante considerar la influencia que las nuevas tecnologías de información y comunicación en el sistema de salud.⁴³

Aunque, la Política Nacional de Salud establece que hay que “Distribuir equitativamente el personal de salud en todo el país, buscando la adecuación entre la oferta y la demanda, en los espacios, local, provincial, regional y nacional, entre lo urbano, urbano marginal y lo rural; la atención ambulatoria y hospitalaria; la promoción de la salud y la atención a la enfermedad; las distintas profesiones y entre las diferentes prácticas y saberes de la salud reconociendo y

⁴² Los resultados de las correlaciones entre mortalidad general y las tasas de médicos y enfermeras fueron: $r = -0.1$ en cada caso, las de mortalidad infantil y la tasa de médicos tuvo también el valor antes señalado, y subió a un $r = -0.2$ cuando se las relacionó con las tasas de enfermeras y auxiliares de enfermería. Datos no mayores se obtuvieron de las correlaciones con tasas de mortalidad de 1 a 5 años y maternas. Incluso en el último caso los resultados son contradictorios pues se muestran positivos $r = 0.1$.

⁴³ Oriol i Bosch, Albert (Proyect Director WPHPC). The White Paper of the Health professions in Catalonia. Barcelona, España 2003.

respetando la diversidad cultural de la población”.⁴⁴ La pregunta en este caso, es ¿Se cumple con la ley?, ¿hay una distribución equitativa de los recursos humanos en salud en el Ecuador??? Los datos cuantitativos que en este trabajo se presentan dan una respuesta que podría calificarse como negativa a las preguntas formuladas.

Sin embargo, estos análisis cuantitativos no son suficientes, la planificación incorpora, en adición a elementos cuantitativos, elementos cualitativos. De allí que es necesario además desarrollar investigaciones sociales o cualitativas para conocer las acciones institucionales, las necesidades de específicas de la situación de los profesionales, las expectativas de la población y el mantenimiento del sistema.⁴⁵

De ahí que, para corroborar o rectificar los hallazgos en el caso ecuatoriano, también se requiere, al menos por el momento profundizar en lo que ocurre a nivel institucional. Para ello se ha diseñado un instrumento, cuyo objetivo fundamental es recoger las prácticas efectivas a la hora de distribuir al personal de salud. Este instrumento ha sido validado y se lo presenta en el siguiente acápite.

⁴⁴ Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Consejo Nacional de Salud. Política Nacional de Salud del Ecuador. EN: Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador. Octubre 2002. p.36

⁴⁵ Oriol i Bosch, Albert (Proyect Director WPHPC). The White Paper... Op. Cit.

INSTRUMENTO PARA MEDIR LAS PRÁCTICAS EFECTIVAS Y LOGRAR LA EQUIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Se diseñó el instrumento que consta en el anexo 5 considerando los elementos teóricos mencionados en el presente trabajo. Este instrumento para su correspondiente validación fue aplicado a los directores o jefes de recursos humanos de las instituciones públicas del sector salud o relacionadas con él.

La validación en el Ecuador se la realizó con las autoridades mencionadas que laboran en: el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social General y Campesino y las Fuerzas Armadas. Inicialmente se planteó la posibilidad de que sea una guía para llevar a cabo una entrevista, pero desafortunadamente el tiempo de las autoridades imposibilitó su aplicación como tal. Además, coincidentalmente todas las personas a las que se les solicitó la respectiva cita, una vez que conocían los pormenores de la temática se disculpaban en honor a su tiempo y responsabilidades y pedían que se les deje el instrumento para conocerlo y contestarlo en otro momento.

En un inicio se trató de lograr una nueva entrevista, pero después de mucho tiempo, en algunos casos, lo único que se obtuvo es el formulario lleno y no una conversación más amplia.

Por todas las características que rodearon a la validación del instrumento se recomienda:

1. Aplicar el instrumento tanto a las principales autoridades de recursos humanos de salud como a personal técnico que no tiene un cargo directivo pero que participa o conoce en el proceso de selección y distribución de personal.
2. Cuando se trata de autoridades es un instrumento auto-aplicado mientras que a los técnicos se puede realizar una entrevista. Esto permitirá complementar la información.
3. Además de la sensibilización que toda aplicación de un instrumento demanda, otro cambio que se realiza es la incorporación de una nota al respecto, encabzando el mismo.
4. Se elimina la pregunta 7 “De los elementos nombrados ¿cuáles fueron los más importantes (máximo 2)?” pues en la pregunta anterior no hay un mayor número de respuestas y en algún caso que lo hubo (3) se repitieron en esta pregunta las primeras respuestas emitidas.
5. El cuadro se lo mantiene aunque en ningún caso se obtuvo respuestas a los ítems complementarios, lo que prácticamente confirma la no utilización de indicadores cuantitativos para decidir sobre la distribución del personal de salud. El valor del cuadro reside en lo mencionado, aunque se lo aclara y simplifica.
6. Las preguntas 9, 10, 11, 12 y 13 se las puede eliminar, si se desea, especialmente en el formulario dirigido a las autoridades, pues por su posición las respuestas son vagas o negativas, en cambio, con la suficiente sensibilización al técnico y recordándole sobre la

ética que tiene el investigador de no divulgar nombres ni realizar acciones que perjudiquen a la institución o al entrevistado, se puede lograr información más confiable.

7. Se eliminan las preguntas 16, 17, 18 y 20 que se las incluyó porque el fenómeno migratorio en el Ecuador desatado desde hace aproximadamente una década puede ser considerado como una variable interviniente a la hora de realizar el análisis cualitativo sobre la distribución del personal de salud.

A continuación se presenta el instrumento definitivo:

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

“EQUIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RRHH EN SALUD”

**INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN SOBRE
“PRÁCTICAS EFECTIVAS PARA MEDIR LA EQUIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
EN SALUD”**

Por favor, responda las siguientes preguntas lo más claro y verídico posible. De sus respuestas dependerán las propuestas de cambio que deban darse en el país a fin de superar la inequidad existente en la distribución de los recursos humanos en salud, lo que redundará en beneficio de las mayorías poblacionales, de su institución y del propio personal de salud. GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

1. ¿Existe una política o norma institucional expresa que indique los criterios a tomarse en cuenta a la hora de distribuir al personal de salud en su institución?
Si ()1 No ()2
2. Si la respuesta anterior es SI, por favor enúnciela
.....
.....
.....
3. Si está publicada cite la fuente:
.....
.....
4. ¿Que tipo de indicadores se consideran para crear una nueva plaza para médicos, enfermeras u odontólogos?
.....
.....
.....
5. Para la movilización de personal de una unidad a otra, ¿qué criterios se toman en consideración?
.....
.....
.....
6. En la última contratación de personal de salud, ¿qué elementos fueron considerados?
.....
.....
.....

7. ¿En su trabajo usa alguno de las siguientes variables o indicadores para la distribución de personal de salud?

(Para llenar el cuadro por favor guíese por lo siguiente: Si usa algunas de las variables mencionadas responda en la columna correspondiente con un SI. En este caso continúe en forma horizontal, contestando a las preguntas formuladas en el encabezado).

VARIABLES O INDICADORES	Si/No	¿Cuál es el nivel mínimo de desagregación geográfica de la variable?	¿Cuál es la fuente de donde obtiene los datos?	¿Qué grado* de confianza le merece esta fuente?	¿Los datos son actuales?, de lo contrario indique el tiempo de retraso (en meses) de los mismos
No. Médicos					
No. Enfermeras					
Mortalidad					
Morbilidad					
Necesidades Básicas Insatisfechas					
Nombre Otros Indicadores que use:		¿Cuál es el nivel mínimo de desagregación geográfica del indicador?	¿Cuál es la fuente de donde obtiene los datos?	¿Qué grado de confianza le merece esta fuente?	¿Los datos son actuales?, de lo contrario indique el tiempo de retraso (en meses) de los mismos.

*Califique de acuerdo a su criterio en alto, medio y bajo

8. ¿Se toma en cuenta el número poblacional a la hora de la distribución de personal de salud?

Si ()1 No ()2

9. Que calificación le merece la influencia de las máximas autoridades nacionales o institucionales a la hora de distribuir o contratar al personal de salud de nivel medio en su institución?

Alta ()1 Media ()2 Baja()3

10. ¿Qué criterio le merece esta influencia?

.....
.....
.....

11. ¿Qué calificación le daría a la influencia de los gremios o sindicatos a la hora de distribuir o contratar al personal de salud en su institución:

Alta ()1 Media ()2 Baja()3

13. ¿Qué le parece esta influencia?

.....
.....
.....

14. ¿Cómo influye la población o las autoridades locales cuando se asigna algún profesional de la salud a su correspondiente zona?

.....
.....

15. ¿Que cambios se han dado en su institución para retener al personal especialmente el que trabaja en las zonas menos favorecidas?

.....
.....
.....

16. ¿Que cambios propone para mejorar la distribución del personal de salud en su institución?

.....
.....
.....

17. Observaciones, o comentarios sobre el tema propuesto:

.....
.....
.....
.....

CONCLUSIONES

1. Bolivia, Ecuador y México disponen de la mayoría de información a nivel municipal. La dificultad aparentemente lo tiene El Salvador pues lograr datos municipales demandaría demasiados recursos y tiempo, pero bien se podría trabajar con los datos de los SIBASI.
2. En relación a la confiabilidad de los datos esta generalmente varía entre buena y media dependiendo del dato que se requiera y del país del que se trate. Hay alguna excepción en que se la califica de mala por tratarse de estimaciones.
3. La actualización también es variable y va desde Bolivia y Ecuador que se podría conseguir datos del 2003, pasando por El Salvador que tiene datos del 2002 pero México dispone de información a nivel de municipios solo hasta 1999 en lo que se refiere al personal de salud e información socio-económica y demográfico del año 2000 en que se realiza el censo en ese país.
4. Hay indicadores que en la mayoría de países no se dispone a nivel municipal y se refieren principalmente a desnutrición, bajo peso al nacer y por otro lado hay diversos indicadores socioeconómicos que cada país puede aportar para el estudio internacional.
5. En síntesis, el estudio internacional es factible de llevarse a cabo pero va a requerir una estandarización de la información en relación a indicadores y al período del estudio y probablemente ajustes teóricos y metodológicos.
6. Con la información del Ecuador se puede confirmar que existe inequidad en la distribución de los recursos humanos a nivel de los cantones o municipios, pues por ejemplo, en muchos casos el número de estos profesionales se ubican de manera preferencial en donde existen menos problemas relacionados con la pobreza, por tanto, donde probablemente se requiera menos de su quehacer.
7. Los datos del PIB per cápita obtenidos para el Ecuador corroboran la hipótesis de que la ubicación de los médicos está más vinculada con una mayor posibilidad económica dada por poblaciones más numerosas que por otros aspectos.
8. Analizados cuantitativamente los datos del Ecuador, no se encontró mayor relación entre las tasas de mortalidad general, infantil, de niños(as) de 1 a 5 años y materna y las de profesionales de la salud. Esto genera dudas, por un lado, sobre la confiabilidad de los datos, el registro de mortalidad, etc. y por otro, demanda un estudio más profundo que permita tener una mejor aproximación a esta problemática.
9. El instrumento validado sobre “las prácticas efectivas para medir la equidad en la distribución de los recursos humanos en salud” podrá ser utilizado cuando se requiera profundizar en el tema sobre la distribución de recursos humanos. Las respuestas obtenidas sumadas al análisis cuantitativo podrán aclarar lo que sucede en cada uno de los países involucrados en el estudio.

RECOMENDACIONES

1. A fin de realizar un estudio internacional se requiere estandarizar a los observadores y llegar a acuerdos relacionados con la información a obtenerse, fuentes, períodos de tiempo, es decir todo aquello que se relaciona tanto con aspectos metodológicos, teóricos y técnicos relacionados especialmente con nuevos cálculos que puedan realizarse.
2. Aplicar el instrumento validado con los cambios que se requieran teniendo en cuenta la idiosincrasia de cada país. El realizar una triangulación metodológica entre lo cuantitativo y lo cualitativo permite una aproximación más certera a la realidad.
3. Profundizar en algunos aspectos como por ejemplo la poca influencia que existe, al menos en el Ecuador, entre mortalidad y el personal de salud. Se debería tratar de llegar a explicaciones más satisfactorias. Pero también sería interesante considerar que “habitualmente la relación entre los servicios de salud y los datos de mortalidad ofrecen un potencial para una investigación de larga data sobre análisis en la calidad de las muertes”.⁴⁶
4. Se podrían realizar análisis cuantitativos más profundos y complejos que permitan una mejor aproximación a la realidad, pues las bases de datos posibilitarían este trabajo.
5. Considerando otras propuestas cuantitativas⁴⁷ para la distribución del personal de salud, se puede realizar el trabajo, con los cambios correspondientes, para los profesionales incluidos en el presente estudio.
6. Se debería dar a conocer a las autoridades correspondientes el valor de la información cuantitativa y cualitativa para la toma de decisiones que pretendan superar la inequidad en la distribución geográfica del personal de salud.
7. Es necesario fortalecer los centros recolección de datos y generación de información como por ejemplo el INEC y el Observatorio de Recursos Humanos en Salud en el Ecuador respectivamente para que los tomadores de decisiones políticas tengan acceso rápido y oportuno a información.
8. Se debería realizar investigaciones cualitativas que ayuden a la toma de decisiones, es necesario conocer la adecuación de los recursos humanos en salud con las necesidades y requerimientos poblacionales así como también del propio personal de salud.

⁴⁶ Bloor, K y Maynard, A. Planning Human resources... Op. Cit.

⁴⁷ Enríquez, F y Padilla, M. Criterios para la formulación de una Metodología de Asignación de Cupos de Postgradistas en Salud. Quito, Ecuador. 1999.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bloor, K y Maynard, A. Planning Human resources in health care: Towards an economic approach. An International comparative review. Ottawa Canadá. 2003.
2. Brito, P. Padilla, M. y Rígoli, F. Las Reformas del Sector Salud y la Planificación de Recursos Humanos. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud. Washington.
3. Dovlo Delanyo. Health Sector Reform and Deployment, Training and Motivation of Human Resources towards Equity in Health Care: Issues and Concerns in Ghana.
4. Dussault, G y Franceschini, M. Not enough here, too many there: Understanding geographical imbalances in distribution of health personnel. April, 2003.
5. Enríquez, F y Padilla, M. Criterios para la formulación de una Metodología de Asignación de Cupos de Postgradistas en Salud. Quito, Ecuador. 1999.
6. Gupta, Neeru y col. Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. EN: International Journal for Equity in Health. 2003.
7. HRSA, "HHS to Award Record \$89.4 million in Scholarship, Loan Repayments to Doctors, Clinicians, Students Who Take Jobs in Rural, Underserved Areas". HHS NEWS.. Tomado de Internet. Dirección Electrónica: <http://newsroom.hrsa.gov/releases/2002releases/nhsc.htm>.
8. Human Resources for Health Development Journal, Volume 2. Dirección electrónica: (http://www.moph.go.th/ops/hrdj/Hrdj_no3/table_contents.html)
9. INEC. VI Censo de Población y V de Vivienda. Ecuador 2001.
10. INEC. Bases de Datos sobre Recursos Humanos en Salud y Mortalidad desglosada por cantones. Ecuador 2001.
11. Merino, C. Migración de Médicos y Enfermeras Recién Graduados en ciudades seleccionadas. Informe para el Proyecto Modersa. Quito, 2004.
12. Merino, C. Datos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud. Ecuador 1981-2001. Documento en prensa.
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Consejo Nacional de Salud. Política Nacional de Salud del Ecuador. EN: Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador. Octubre 2002. p.36
14. Oriol i Bosch, Albert (Project Director WPHPC). The White Paper of the Health professions in Catalonia. Barcelona, España 2003.
15. OPS-OMS. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. El Servicio Social de Medicina en América Latina. Situación Actual y Perspectivas. (*Informe de un Taller Regional, Washington, D.C., 9-11 de Abril de 1997*), Serie 18, Desarrollo de Recursos Humanos. Dic 1998.

16. Secretaría Técnica del Frente Social. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. Versión 3.5. Ecuador 2003. Ficha Metodológica.
17. Wibulpolprasert, S. "Inequitable Distribution of Doctors: Can It be Solved?" Human Resources for Health Development Journal. Vol. 3. 1999. Dirección electrónica:
http://www.moph.go.th/ops/hrdj/hrdj6/table_contents.htm.