

# 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



**Juana Paola Bustamante Izquierdo**

PhD Economist / Health Workforce Department, WHO

# La importancia vital del personal de la salud en la respuesta a la COVID-19



Impacto de la COVID-19 en los RHS y respuesta de política



Impacto de la COVID-19 en los RHS y respuesta de política

# AGENDA

1.

Retos de los RHS en la región

2.

Impacto de la COVID-19 en los RHS

3.

Respuesta de política

4.

Lecciones aprendidas



# Retos de los RHS en la región

# Recursos humanos para la salud en la región

## Fragmentación del sistema de salud

- ◆ Diferentes subsistemas
- ◆ Múltiples fuentes de financiación
- ◆ Varios tipos de prestadores de servicios de salud

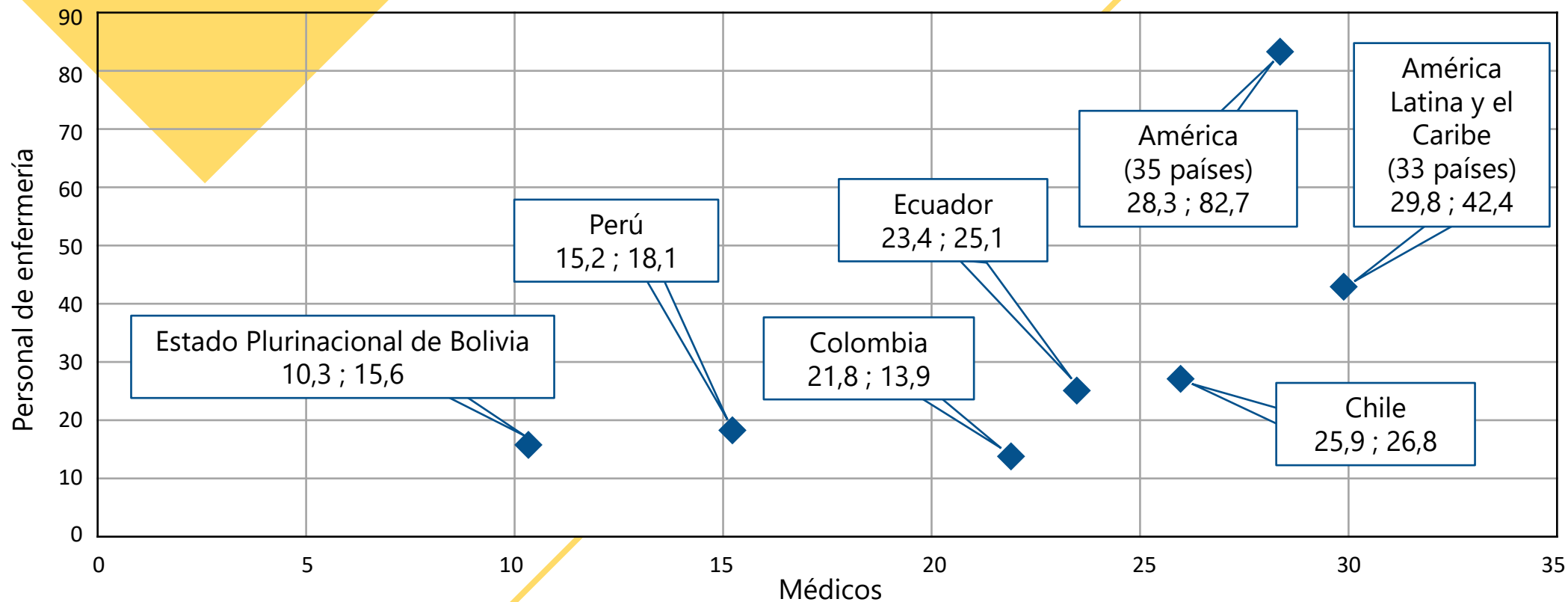
## Contratación del RHS

- ◆ Varía según nivel y subsistema
- ◆ Retos en la coordinación y el efecto de las regulaciones

## Disponibilidad del RHS

- ◆ Déficit del RHS
- ◆ Distribución desigual del RHS entre las regiones, y a nivel urbano y rural

## En los cinco países la densidad de médicos y personal de enfermería por 10 000 habitantes es menor en todos los casos que el promedio de la región



Fuente: OMS. Cuentas Nacionales de Personal en Salud (CNPS)

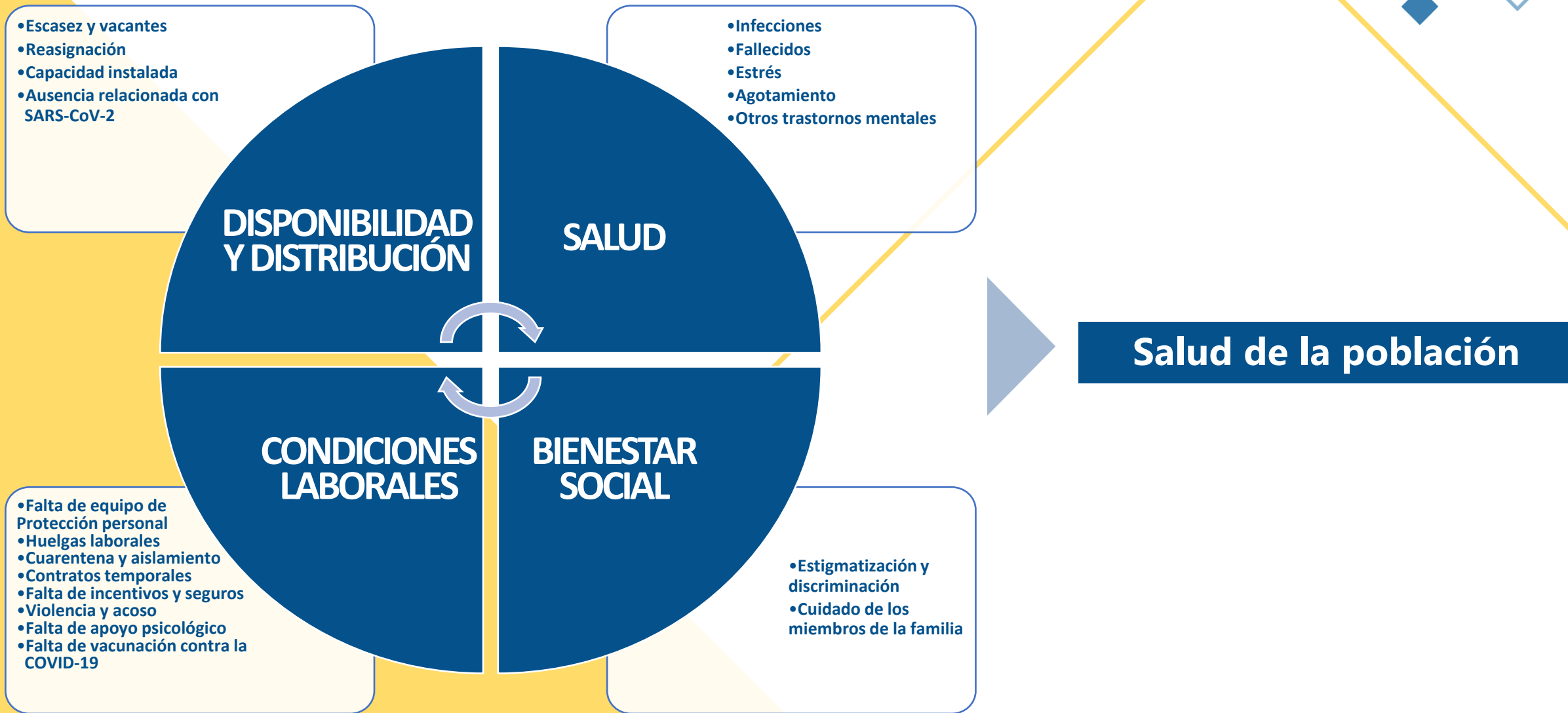


2

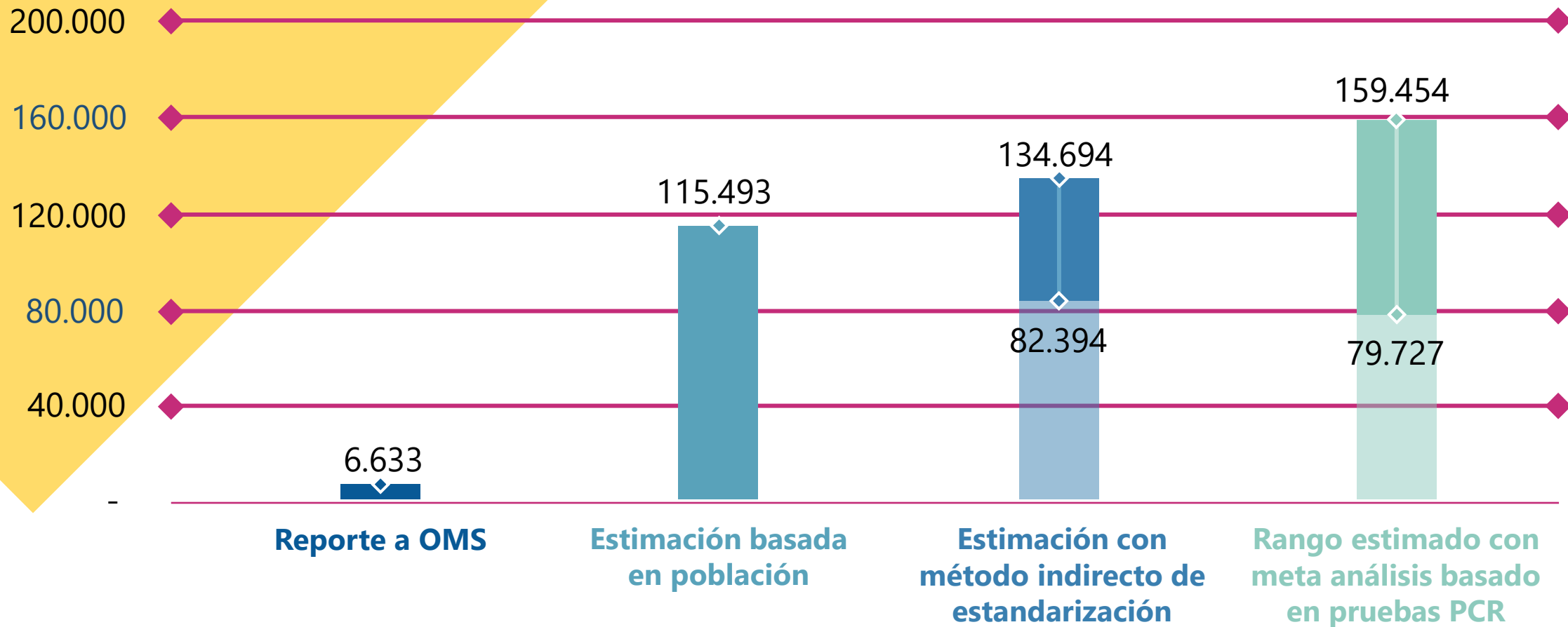
## Impacto de la COVID-19 en los RHS



# Impacto multifacético de la COVID-19 en los RHS



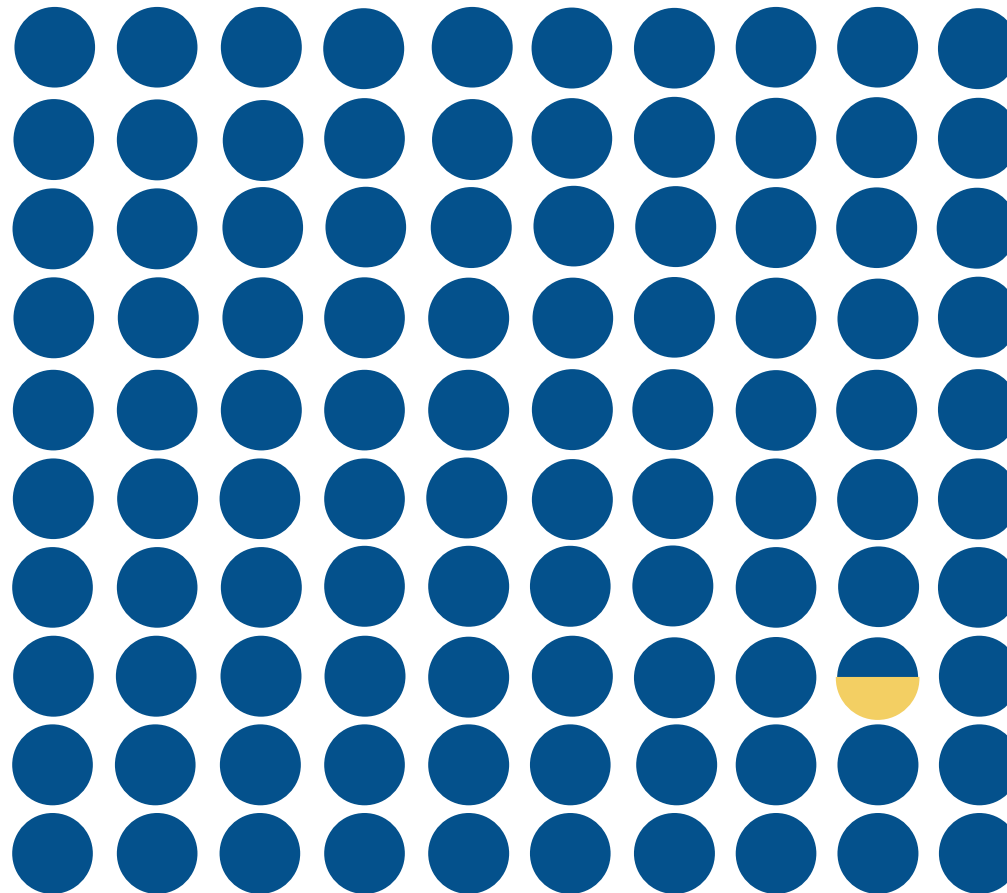
# Las estimaciones de muertes por COVID-19 a nivel mundial sugieren que el reporte a la OMS no capta la magnitud de este impacto



Fuente: WHO (2021). The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at death

\* Valores máximos entre los países del caso en estudio, abril 2021. Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú

## Este déficit se profundizó por **infección** y **letalidad**

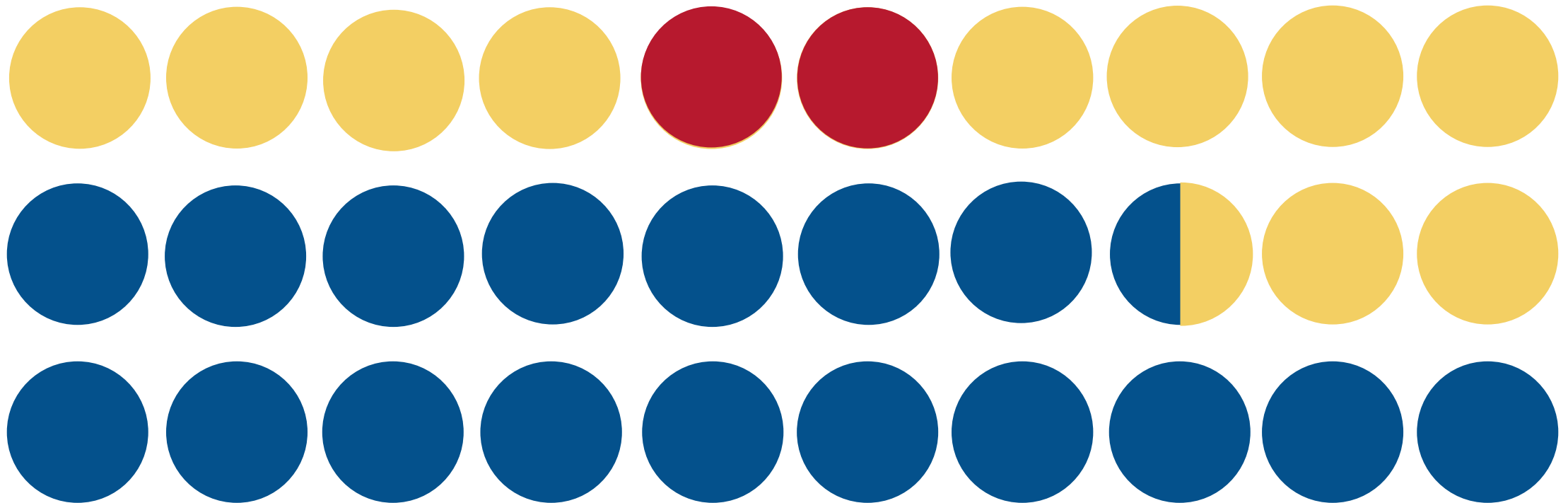


Entre el **3,2%** y el **12,6%** de los RHS han sido infectados por el virus

\* Datos a abril de 2021, según último dato disponible por país

De los cuales hasta el **1,97%** ha fallecido

**Esto afectó su salud mental por mayor carga laboral**



Impacto de la COVID-19 en los RHS y respuesta de política



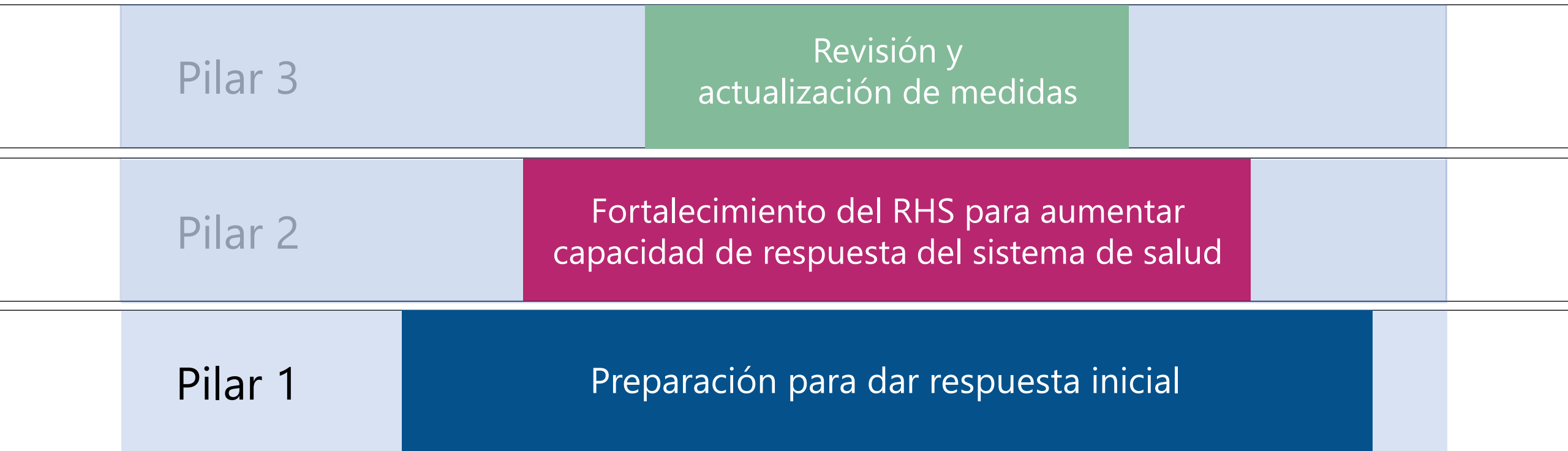
3

# Respuesta de política



## 3.1 Tres pilares de la respuesta de política

# Estrategias y mecanismos para abordar aspectos relacionados al RHS para responder a la COVID-19



## 3.2 Planificación

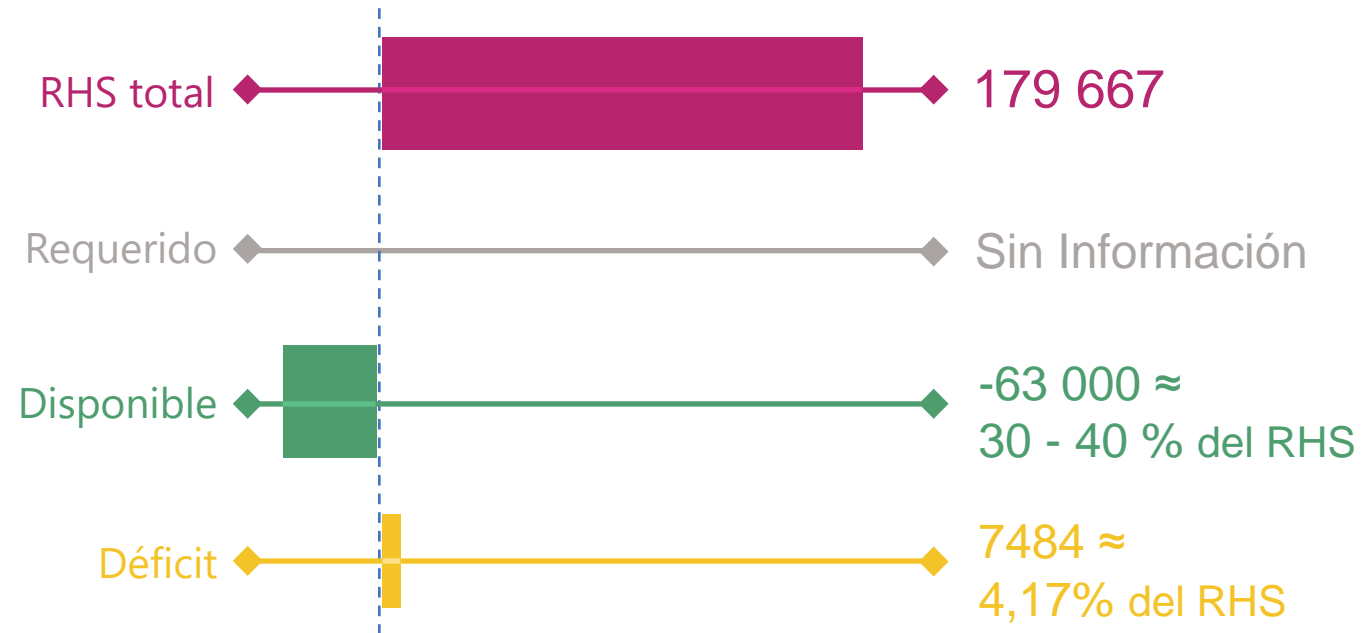
**Se proyectó un déficit de 34 261 RHS**





# Bolivia

## Planificación de RHS para la respuesta política



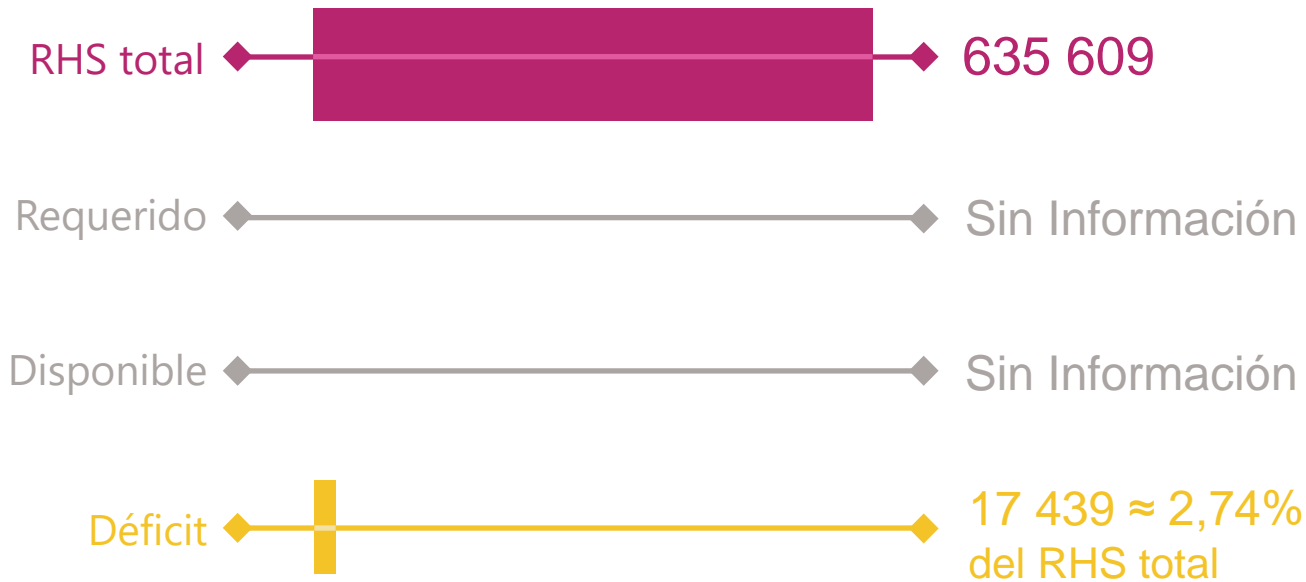
RHS total a 31 de marzo 2020

Reducción de RHS por licencias médicas o grupos de riesgo a marzo de 2020

RHS adicional requerido para atender 39.000 casos COVID-19. 50% para primer nivel de atención

# Chile

## Planificación de RHS para la respuesta política



RHS total a 30 de noviembre de 2020

RHS requerido para atender COVID-19 estimado a partir de proyecciones de ampliación de camas UCI y hospitalización

# Colombia

## Planificación de RHS para la respuesta política



RHS total estimado en 2020 adicionando los egresados y títulos convalidados en 2019 y 2020

RHS requerido para atender COVID-19 estimado a partir de proyecciones de ampliación de camas UCI, UTI y hospitalización

RHS disponible para atender COVID-19 que corresponde a Médicos Generales y Especialistas, Enfermeros y Terapeutas

Déficit de Especialistas en Cuidados Intensivos de adultos y niños, Medicina Interna, Anestesiología y Cirugía para la atención a la COVID-19

# Ecuador

## Planificación de RHS para la respuesta política

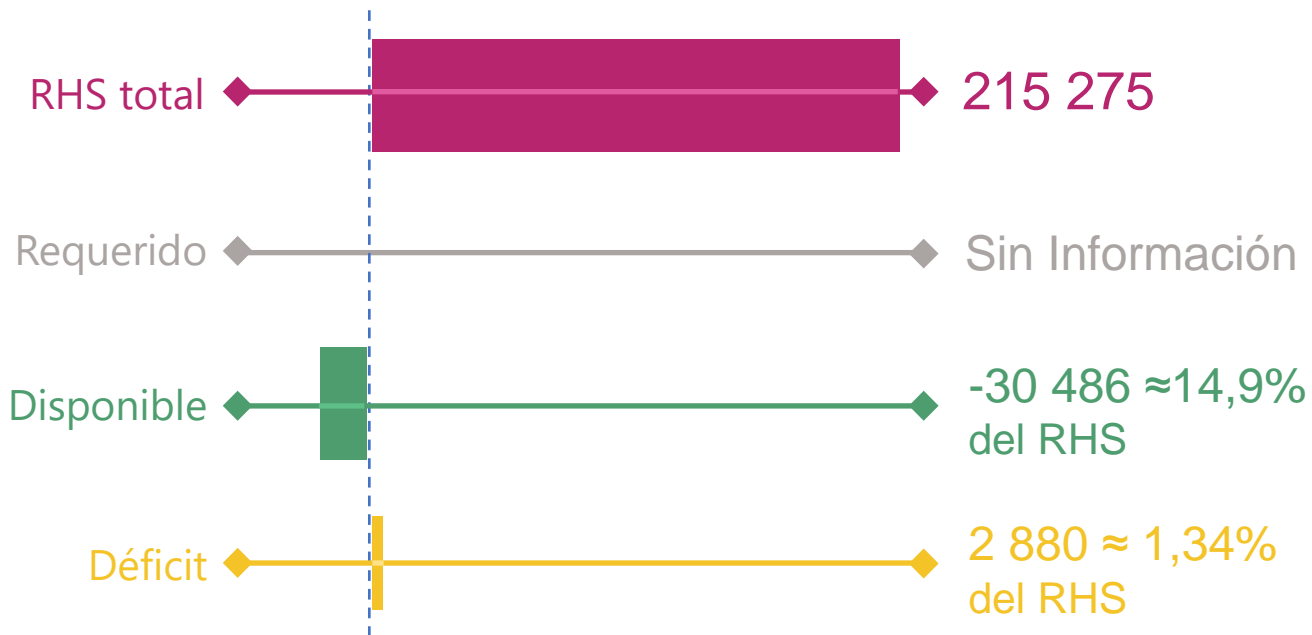


RHS total a 2018

Profesionales de la salud previstos para contratar

# Perú

## Planificación de RHS para la respuesta política



RHS del sector público a 31 de marzo 2020

Reducción del RHS del sector público en grupos de riesgo quienes no pueden atender COVID-19 a abril de 2020

Requerimiento de 2.610 profesionales de la salud y 270 no asistenciales por 3 meses

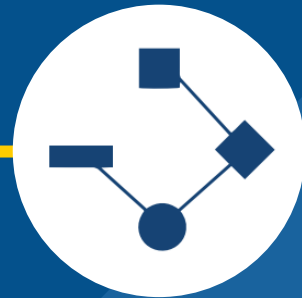


## 3.3 Aumentar o mantener los RHS

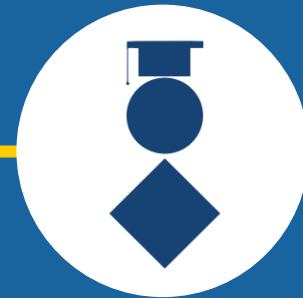
# INVERTIR



Reclutamiento de RHS



Reasignación de RHS



Vinculación de **estudiantes**

**Diez medidas para aumentar o mantener  
la disponibilidad de los RHS**



Ampliación del  
**Servicio Social Obligatorio**



Vinculación  
de **jubilados**



Cambios de  
**turnos de trabajo**



Apoyo de las  
**Fuerzas Militares**



Vinculación de  
**graduados en el exterior**



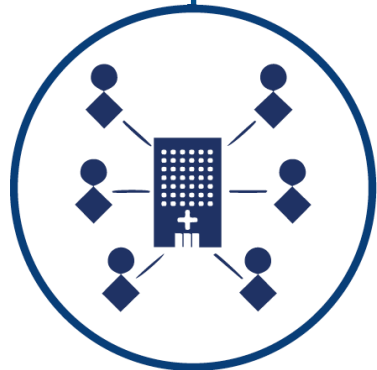
Vinculación de  
**voluntarios**



Apoyo de **cooperación**  
**internacional**



# Reclutamiento



**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 el Estado Plurinacional de Bolivia, esta medida representa 6777 contratados de los 7628 programados con financiamiento del Banco Mundial (MS Bolivia, 2020a). En Chile, se contrataron 19 027 hasta agosto del 2020 (MS Chile, 2020d). En Ecuador, se contrataron 3087 hasta noviembre del 2020 (MS Ecuador, 2020a). En el Perú, se contrataron 44 207 hasta diciembre del 2020 mediante un tipo de contratación particular denominado CAS-COVID (MS Perú/ ORHUS, 2020). En Colombia, no hay cuantificación de los contratos realizados.

**Bolivia**  
**6 777**  
**trabajadores**  
**de la salud**  
adicionales contratados\*

\* Octubre 2020

**Chile**  
**19 027**  
**trabajadores**  
**de la salud**  
adicionales  
contratados

**Colombia**  
Contratación  
de los RHS escaso

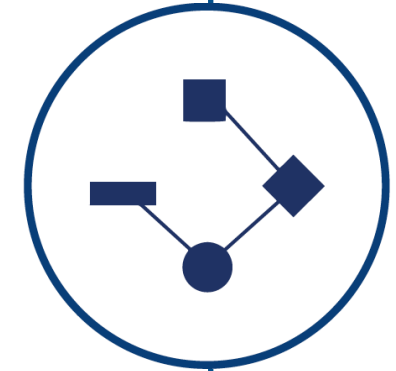
**Ecuador**  
**3 087**  
**trabajadores**  
**de la salud**  
adicionales contratados\*\*

\*\* Diciembre 2020

**Perú**  
**44 207**  
**trabajadores**  
**de la salud**  
adicionales  
contratados\*\*

# Reasignación

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



**Bolivia**  
**3 600**  
**trabajadores de la salud**  
asignados temporalmente a atención COVID-19\*

\* Octubre 2020

**Chile**  
**44%**  
**atenciones esenciales**  
No COVID-19 postergadas\*\*

\*\* Respecto a 2019

**Colombia**  
**78 300**  
**trabajadores de la salud**  
asignados a la atención de COVID-19\*\*\*

\*\*\* Agosto 2020

**Ecuador**  
**10 000**  
**profesionales de la salud**  
destinados temporalmente a atención COVID-19\*\*\*\*

\*\*\*\* Diciembre 2020

**Perú**  
**80 202**  
**trabajadores de la salud**  
asignados temporalmente a atención COVID-19\*\*\*

# Estudiantes

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



**Bolivia**

**520**

**estudiantes**

recién graduados contratados (220) y practicantes incorporados (300)\*

\* Octubre 2020

**Chile**

Se contrataron estudiantes de últimos semestres

**Colombia**

**1523**

**estudiantes**

Graduados anticipadamente de Médicos Generales (1328) y Especialistas (195)\*\*

\*\* Agosto 2020

**Ecuador**

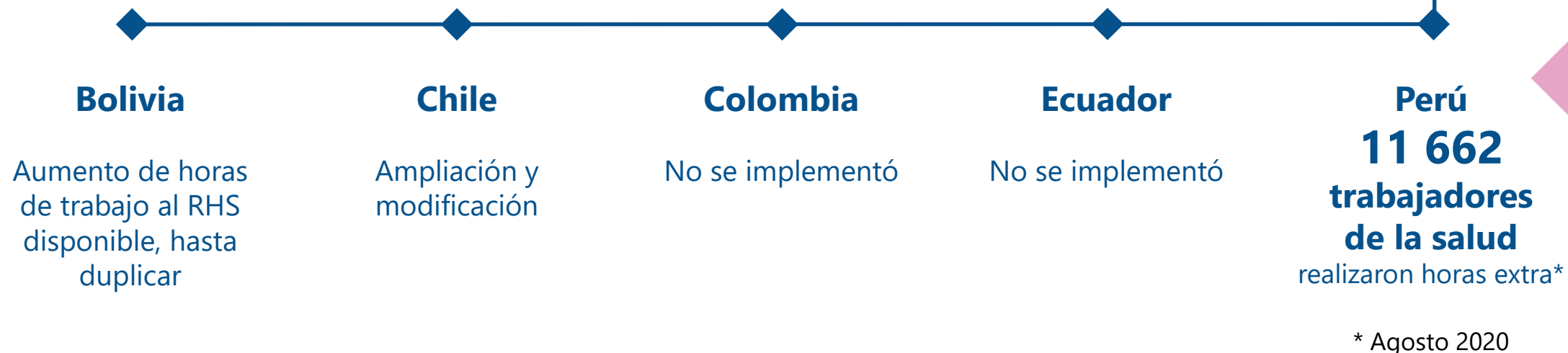
Convenios de cooperación interinstitucional con Instituciones de Educación Superior

**Perú**

Rotación de residentes  
Culminación anticipada del residentado

# Turnos de trabajo

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



## Estudios en el exterior



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

### Bolivia

No se implementó

### Chile

Contratación de RHS titulado en el extranjero sin convalidación

### Colombia

Aceleración de convalidación de títulos en el exterior

### Ecuador

No se implementó

### Perú

Autorización temporal para ejercer sin convalidación de título

# Servicio Social Obligatorio

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



\* Agosto 2020

\*\* Servicio rural y urbano marginal en salud

# Cooperación internacional

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



\* Agosto 2020

## Voluntarios



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

**Bolivia**  
**450**  
**estudiantes**  
Recién graduados a través de acuerdos con universidades

**Chile**  
**1000**  
**estudiantes**  
reclutados y capacitados por la Universidad de Chile

**Colombia**  
No implementado

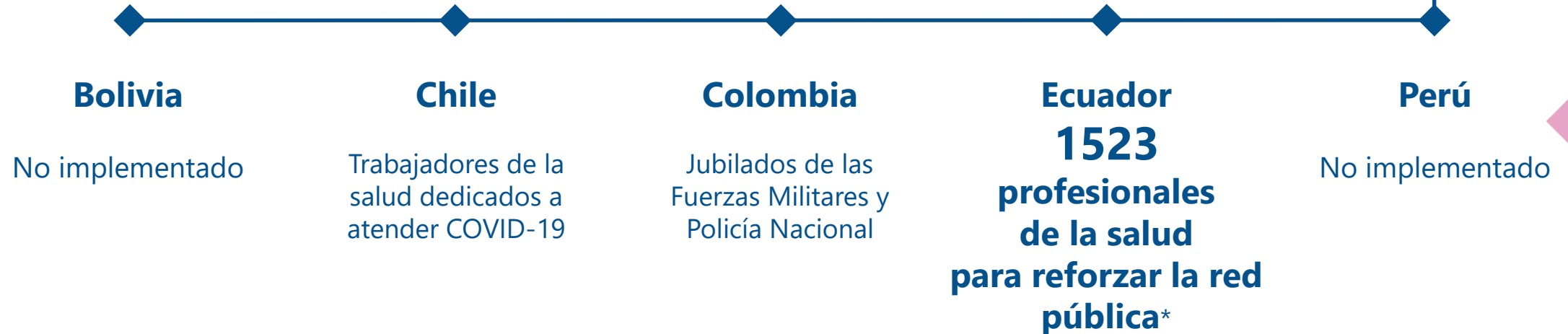
**Ecuador**  
No implementado

**Perú**  
No implementado



# Fuerzas armadas

**Recibir apoyo de los profesionales de la salud que se encuentran vinculados en las fuerzas armadas**, en el caso de Colombia, específicamente de aquellos que estaban jubilados (MS Colombia, 2020b); y en Chile<sup>20</sup> y Ecuador, de personal que aún estaba en ejercicio (con 1523 hasta noviembre de 2020) (MS Ecuador, 2020a)



\* Octubre 2020

## Jubilados



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

**Bolivia**

No implementado

**Chile**

**1500  
liberados de  
guardia**  
retomaron labores  
asistenciales

**Colombia**

RHS pensionado  
menor de 60 años

**Ecuador**

No implementado

**Perú**

No implementado

# Estrategias para superar la distribución desigual de RHS entre regiones

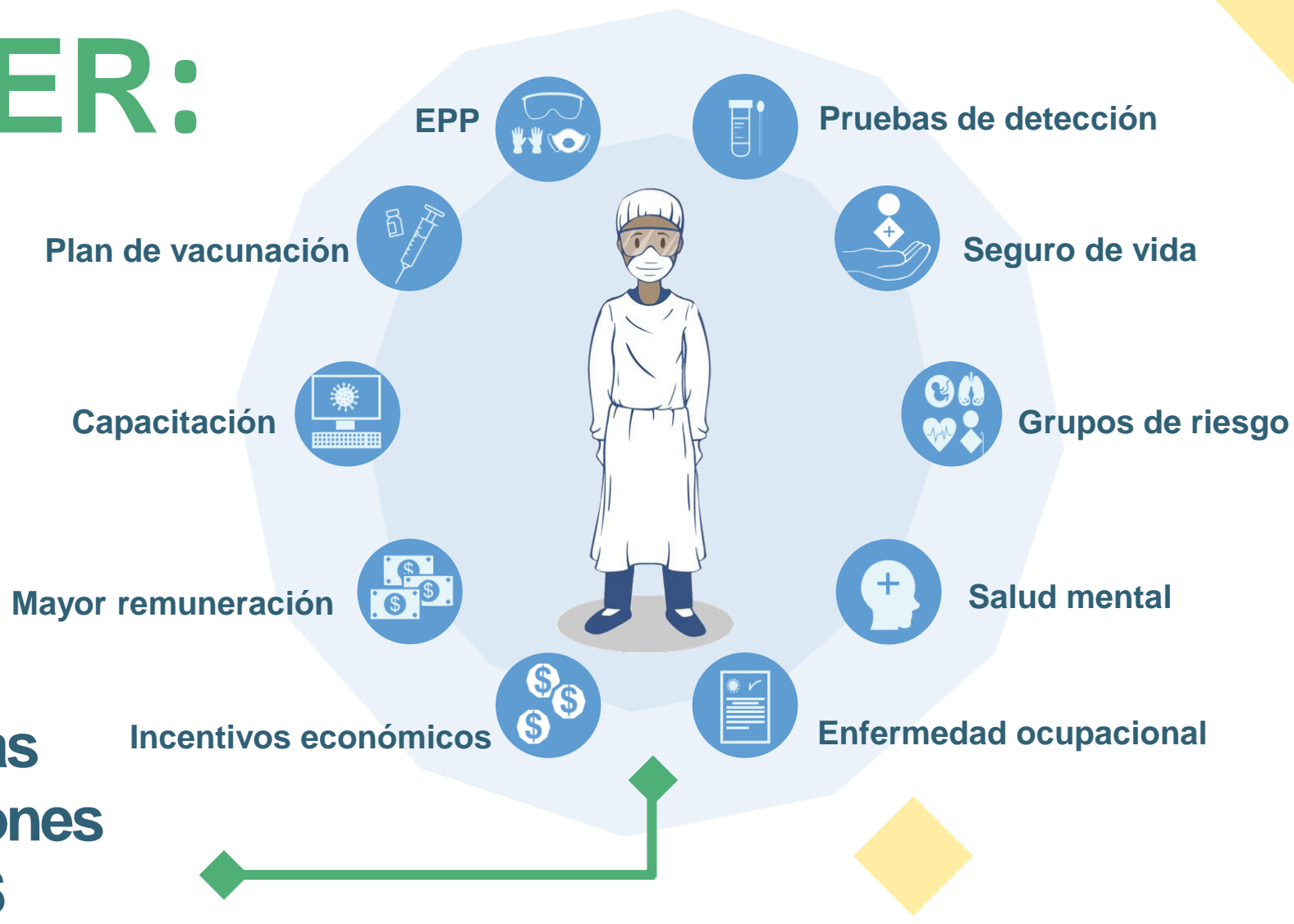


<p><b>Colombia</b></p>	<p>1 2</p>	<p>Convocatoria del Ministerio de Salud para regiones con escasez de RHS. Ajuste de sueldos en algunas regiones para obtener el RHS necesario.</p>
<p><b>Ecuador</b></p>		<p>Se apoyó las zonas con “semáforo rojo”: primero Guayaquil, luego Quito y finalmente pequeñas ciudades</p>
<p><b>Perú</b></p>		<p>Brigadas itinerantes de Médicos, Enfermeras y otros profesionales de la salud para apoyar las zonas críticas del país</p> <p><b>332 + 85</b> Peruanos Cubanos</p>
<p><b>Bolivia</b></p>		<p>Reasignación de RHS de programas nacionales hacia departamentos con más casos COVID-19: Santa Cruz y Beni</p> <p><b>800</b> Trabajadores de la salud</p>
<p><b>Chile</b></p>		<p>RHS de apoyo desde la Región Metropolitana de Santiago a las regiones de Antofagasta (norte del país) y Magallanes (extremo sur)</p>



## 3.4 Proteger y apoyar los RHS

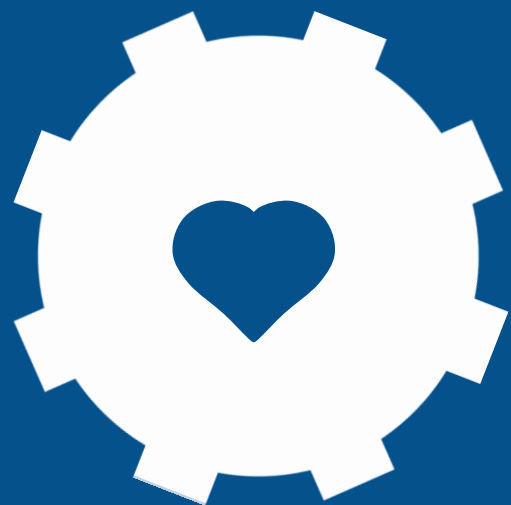
# PROTEGER:



**A través de medidas  
para prevenir infecciones  
y apoyar los RHS**

## 3.5 Gobernanza en los RHS

**¿Cómo se  
fortaleció la gobernanza de los RHS  
para implementar la respuesta a la COVID-19?**



Salud



Trabajo

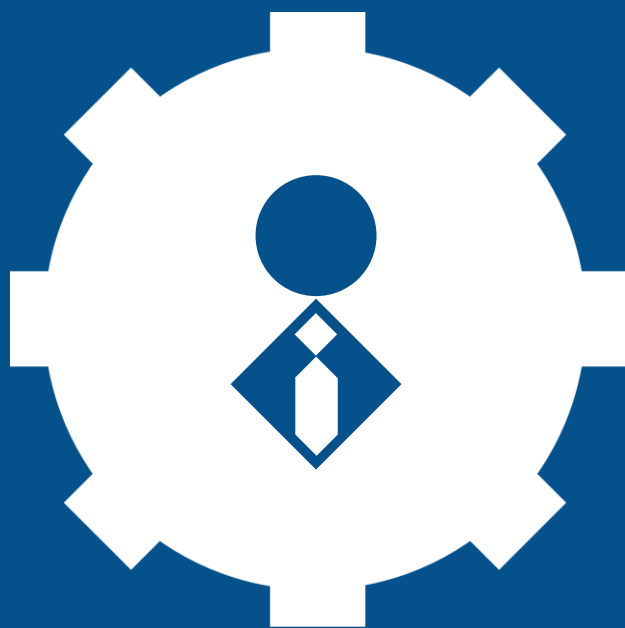


Economía



Educación





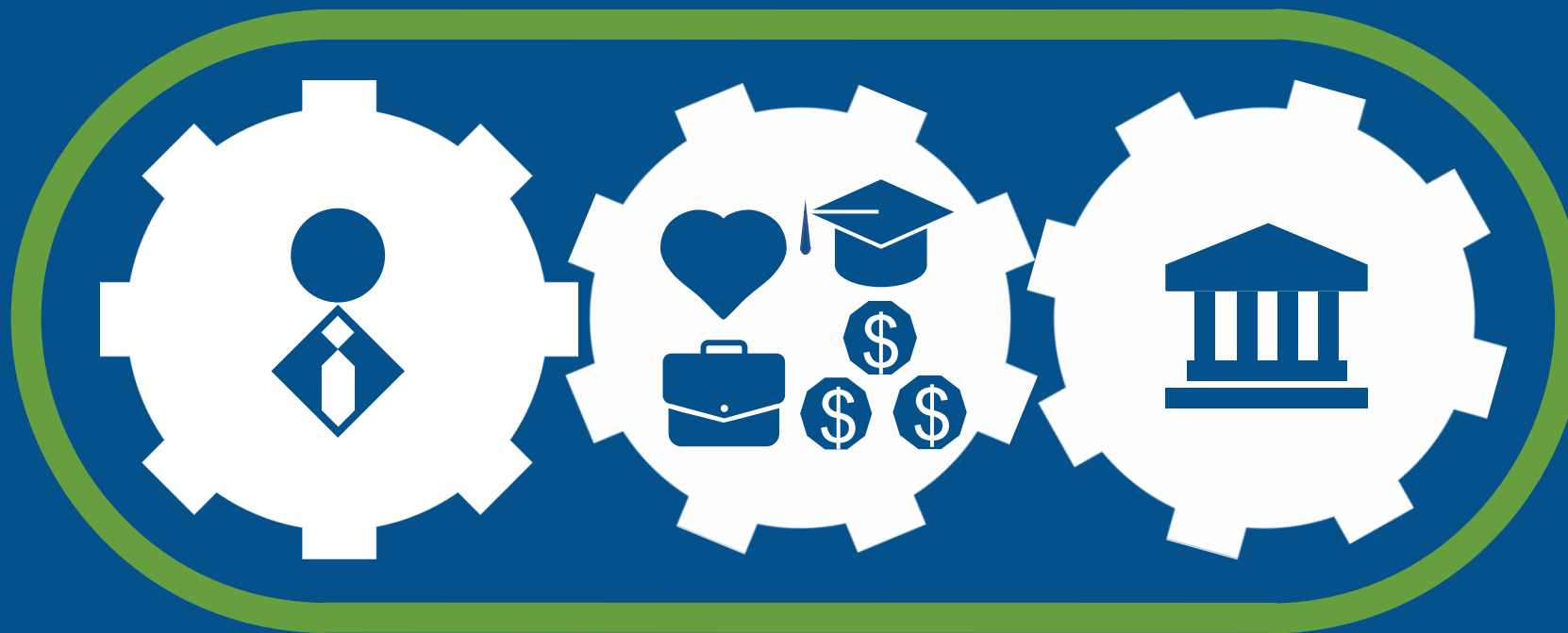
Privado



Público



Nación + Territorio



## Articulación y coordinación



# 4

# Lecciones aprendidas

# Invertir en los RHS para aumentar la resiliencia de los sistemas de salud:

## Lecciones aprendidas

- ◆ Uso de información
- ◆ Coordinación entre sectores
- ◆ Posibilidad de aumentar empleo
- ◆ Uso de telemedicina
- ◆ Prevención y Mitigación de la Salud Mental

## Retos

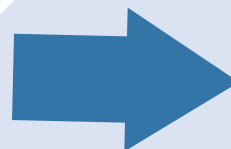
- ◆ Uso de datos y análisis de información para la planificación de los RHS
- ◆ Fortalecer los mecanismos de coordinación
- ◆ Mejorar la disponibilidad y distribución de los RHS a nivel subnacional
- ◆ Estabilidad laboral y seguridad social
- ◆ Estrategias para capacitar rápidamente los RHS
- ◆ Fortalecer el uso de la telemedicina después de la pandemia a través de documentar y compartir experiencias
- ◆ Evaluar cobertura e impacto de las estrategias implementadas



# ¿Cómo los países están usando estos resultados?

## Uso de datos y análisis de información

- ◆ Identificar el impacto de la COVID-19 y la respuesta de política
- ◆ Fortalecer las capacidades para identificar y analizar desafíos del RHS



## Diálogo

- ◆ Promover el diálogo entre los países de la región andina
- ◆ Identificar y alinear prioridades y objetivos en el fortalecimiento del RHS

**Decisiones y acciones de política**

# Diálogo de política subregional: RHS

## Objetivos

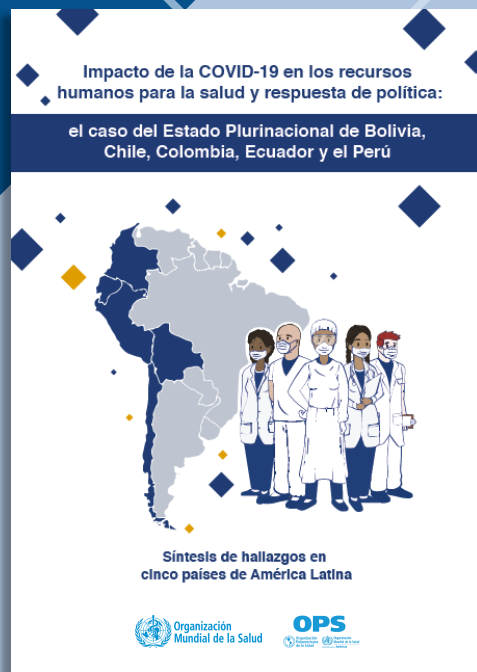
- ◆ Intercambiar experiencias
- ◆ Contribuir con evidencia
- ◆ Identificar los temas principales
- ◆ Acordar acciones de política

## Temas identificados para el diálogo de política subregional

1. Uso de datos y análisis de información para la planificación de los RHS
2. Mejorar la disponibilidad y distribución de los RHS a nivel subnacional
3. Gobernanza de los RHS
4. Salud mental de los RHS
5. Estrategias para capacitar rápidamente los RHS



# Encuentra el estudio en:



Descarga



Escanea código QR

Personal  
de Salud  
OMS



[Ir al sitio web](#)