

Third Global Forum on Human Resources for Health

10 – 13 November 2013 Recife, Brazil

HRH COMMITMENTS



Rising to the grand challenge
of human resources for

Table of contents

MEMBER STATES	4
AFRO	5
BENIN	5
BURKINA FASO	11
BURUNDI	15
COTE D’IVOIRE	18
ETHIOPIA	23
GHANA	25
GUINEE	26
LIBERIA	30
MALAWI	31
MALI	33
MOÇAMBIQUE	35
NIGERIA	37
SENEGAL	42
SOUTH SUDAN	45
TANZANIA (Republic of)	48
TOGO	50
UGANDA	60
EMRO	62
AFGHANISTAN	62
DJIBOUTI	65
EGYPT	68
Iran (Islamic Republic of)	71
IRAQ	84
LEBANON	87
LIBYA	91
OMAN	94

PAKISTAN	96
SOMALIA	100
SUDAN	103
YEMEN	106
EURO	108
IRELAND	108
REPUBLIC OF MOLDOVA	111
PAHO	113
REPÚBLICA ARGENTINA	113
BELIZE	134
CHILE	136
COLOMBIA	138
ECUADOR	139
EL SALVADOR	141
GUATEMALA	145
HAITI	152
PANAMÁ	156
PARAGUAY	158
PERU	160
REPUBLICA DOMINICANA	161
SURINAME Ministry of Health / Diakonessen Hospital	163
URGUGUAY	164
SEARO	166
BANGLADESH	166
BHUTAN	169
INDONESIA	172
MALDIVES	175
MYANMAR	178
NEPAL	181
SRI LANKA	184

WPRO	185
CAMBODIA	185
OTHERS INSTITUTIONS	188
AEMRN Network (Afro-European Medical and Research Network)	189
AMREF	191
ANSWERS (India)	194
CHESTRAD	196
College Of Physicians And Surgeons Pakistan	198
Community Health Workers	200
Health Services Academy (HSA), Pakistan	204
Health Workers Count	206
Health Workers For All	207
Institute for Collaborative Development	209
Institut Supérieur En Sciences Infirmières (ISSI)	210
International Nurses and Midwives	212
IntraHealth International	213
International Pharmaceutical Federation (FIP)	215
COMISCA	219
ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPOLITO UNANUE	221
UNASUR	223
PALESTINIAN AUTHORITIES	226
Réseau des sages-femmes francophones / Midwives French Speaking Network:	230
Save the Children, India	240
SWASTI	242
Tanzanian Training Centre For International Health	243
The Voices Of Women Health Workers In India	244
THET	248
UN RC, KUWAIT	252
WONCA WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE	254
WORLD VISION INTERNATIONAL	255



MEMBER STATES

Vías de compromiso en materia de RHS
 REPÚBLICA ARGENTINA

1) ¿Con qué acciones e intervenciones relacionadas con los recursos humanos para la salud (RHS) se quiere comprometer su país/institución?

Argentina se compromete a fortalecer las políticas integradas en salud educación para mejorar la educación para la salud de los docentes, proteger la salud integral de la comunidad educativa, jerarquizar la formación de técnicos para la salud, facilitar la formación en carreras de ciencias de la salud en poblaciones de difícil acceso y priorizar áreas de vacancia en las trayectorias de posgrado. Argentina se compromete a fortalecer las políticas integradas en salud educación para:

- mejorar la educación para la salud de los docentes,
- proteger la salud integral de la comunidad educativa,
- jerarquizar la formación de técnicos para la salud,
- facilitar la formación en carreras de ciencias de la salud en poblaciones de difícil acceso y
- priorizar áreas de vacancia en las trayectorias de posgrado

2) ¿Cómo va a llevar a cabo el seguimiento del progreso logrado en cuanto al cumplimiento de sus compromisos? ¿Qué indicadores va a controlar? ¿Qué fuentes de datos va a utilizar?

Disponibilidad:

- Identificar zonas de difícil acceso para la formación en ciencias de la salud. Ampliar a tres regiones del país las experiencias de trayectos protegidos para el ingreso a las carreras de medicina.
- Desarrollar un diagnóstico nacional de las áreas de vacancia de especialistas y formación de posgrado en salud.
- Conformar una mesa de planificación de posgrados de medicina junto al Foro de Facultades y Escuelas Públicas de Medicina

Accesibilidad

- Aumentar un 50% las mesas locales o provinciales salud-educación que faciliten la atención integral de la comunidad educativa.
- Fortalecer a los equipos técnicos para la gestión intersectorial tanto a nivel nacional como provincial

Aceptabilidad

- Participar activamente dentro de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas con Discapacidad (CONADIS)

Calidad:

- Desarrollar los marcos de referencia para la regulación de 3 carreras prioritarias en la formación de técnicos para la salud (ya se han regulado 8)
- Continuar con la acreditación de carreras de posgrado y residencias en el campo de la salud.
- Incorporar a los Hospitales Universitarios en el marco de la Red de Hospitales Nacionales

La Argentina tiene una importante presencia institucional y federal en este Foro Mundial. Se ha conformado una delegación de 40 personas entre autoridades nacionales y provinciales de Ministerio de Salud Nacional y de las jurisdicciones. Asimismo, compone la delegación representantes de las Facultades de Medicina de gestión estatal del país.

Recursos Humanos para el acceso universal a la salud

Importa abordar la cuestión de los recursos humanos en salud desde la perspectiva de acceso universal a la salud y desde la determinación social de la salud, lo cual implica la integración de aspectos tales como educación, justicia, seguridad, ambiente, trabajo, cultura y democracia.

Asumiendo que la ciudadanía es un actor fundamental en la construcción de la salud, entendiendo por ciudadanía al conjunto de sujetos dotados de igualdad de derechos y capacidades; es coherente pensar que se abren nuevos espacios que favorecen la construcción de salud a través de las familias, las escuelas, las organizaciones comunitarias, culturales y deportivas, junto con los lugares de trabajo.

El Estado tiene un rol principalísimo, como rector de un proceso de regulación de esos entornos, incorporándolos a una perspectiva de salud innovadora, que favorezca una real oportunidad de acceso universal, especialmente a los sectores más vulnerables. Eso supone un cambio en el horizonte de formación de recursos humanos que amplía la clásica composición del equipo de salud.

Determinación social, Atención Primaria de Salud, acceso universal son una combinación que entendida en su plenitud, aboga por una ciudadanía involucrada y comprometida cuya repercusión sobre el recurso humano posee un enorme y beneficioso potencial que necesita ser perfilado para imaginar el escenario post 2015.

El entendimiento de la educación como bien público, ya sea de gestión pública o privada, permite pensar en distintas ofertas formativas. Pero es el Estado, a través de la educación pública quien garantiza el real acceso y oportunidades y quién debe fijar los marcos de referencia. Es la presencia de universidades públicas y gratuitas lo que permite la formación del recurso humano para el acceso universal y la consiguiente movilidad social ascendente.

Argentina, con una democracia joven, que padeció décadas de sangrientas dictaduras militares y gobiernos neoliberales, está aún en la búsqueda del equilibrio entre los derechos individuales y colectivos, que se expresan en qué tipo de relación pretendemos entre el Estado y la Sociedad. Un Estado que combina intervenciones de regulación, fiscalización, financiamiento y provisión de servicios atendiendo los derechos de toda la ciudadanía.

En los últimos años, luego del fracaso de las políticas de ajuste y dismantelamiento que se ensayaron en varios países, muy en especial en el nuestro, la sociedad en su conjunto acepta que el Estado sea rector y fiscalizador de todos los sectores que brindan estos servicios, además de financiador y proveedor en el sector público para garantizar el acceso a los sectores más desprotegidos interviniendo en un mercado imperfecto en bienes que son tutelares. Como también la mayoría de la sociedad está de acuerdo con mecanismos

solidarios de seguridad social y de seguro privado donde otros sectores puedan financiar su cobertura de su salud y acceder a prestaciones diferenciadas.

Dr. Gabriel Yedlin
Secretario de Políticas, Regulación y Fiscalización
Ministerio de Salud de la Nación

Índice

Portada	1
Recursos Humanos para el acceso universal a la salud	2
Índice.....	4
Contexto geográfico y socio político.....	5
Contexto económico reciente.....	5
Argentina en números.....	8
Políticas públicas hacia la cobertura universal: El caso de los recursos humanos en salud.....	9
Acceso universal y requerimientos en materia de recursos humanos en salud.....	11
De las políticas sectoriales a las políticas integradas. El caso de las políticas de salud y de educación.....	13
Antecedentes y objetivos de la Mesa Intersectorial de Políticas Integradas de Salud y Educación	16
La agenda de políticas integradas, logros y perspectivas de desarrollo.....	17
Experiencias de políticas integradas en el nivel provincial y regional.....	22
Conclusiones y compromisos.....	23

Contexto geográfico y socio político

La República Argentina se encuentra en América del Sur, limita al norte con el Estado Plurinacional de Bolivia y la República del Paraguay, al sur con la República de Chile y el Océano Atlántico Sur, al este con la República Federativa de Brasil, la República Oriental del Uruguay y el Océano Atlántico Sur y al oeste con la República de Chile.



De acuerdo con su Constitución Nacional, la nación argentina adopta para su gobierno la forma representativa republicana federal. Las provincias, al ser consideradas preexistentes a la nación, conservan para sí y ejercen autónomamente todos los poderes no expresamente delegados al gobierno federal.

En base al ordenamiento jurídico vigente, el Estado nacional está integrado por tres poderes: a) Ejecutivo, dirigido por un presidente que es asistido por un consejo de ministros. La actual presidenta es la Dra. Cristina Fernández de Kirchner; b) Legislativo, integrado por el Senado y la Cámara de Diputados y c) Judicial, conformado por la Corte Suprema de Justicia y por los demás tribunales inferiores, tanto a nivel federal como a nivel provincial.

Políticamente la estructura federal incluye los gobiernos de las 24 jurisdicciones (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la cual es también sede del gobierno nacional). Las cinco jurisdicciones principales ((Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Mendoza) concentran el 67% de la población y generan el 78% del producto bruto geográfico total. Dentro de la estructura provincial, se encuentran los municipios, que ascienden a 2.171 en total.

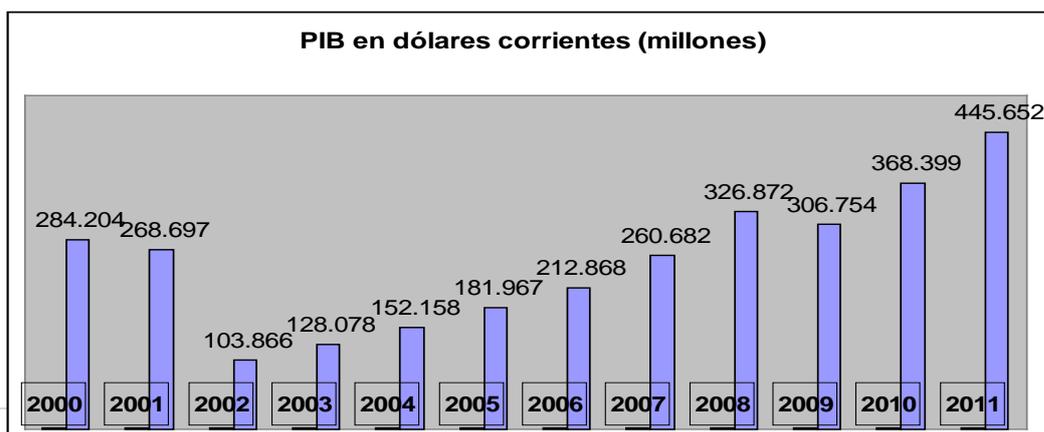
Contexto económico reciente

Argentina es la tercera economía más importante de América Latina con un PIB per cápita en el año 2012 de 11.492 U\$D. La preceden las economías de Brasil y México, con quienes además integra el Grupo de los 20 países más industrializados y emergentes a nivel mundial.

El país posee importantes recursos naturales, una población alfabetizada, un sector agrícola-ganadero orientado a la exportación y una base industrial diversificada. En la actualidad se ubica como un mercado emergente de renta media-alta.

Entre los años 2001/2002, se produce el mayor colapso económico, político y social de la Argentina, con una brusca caída de todos los indicadores desde la crisis mundial de 1930. En un contexto de fuerte endeudamiento externo, el PIB real sufrió una caída de un 20% en cuatro años (Gráfico I) y la moneda se depreció en un 70%.

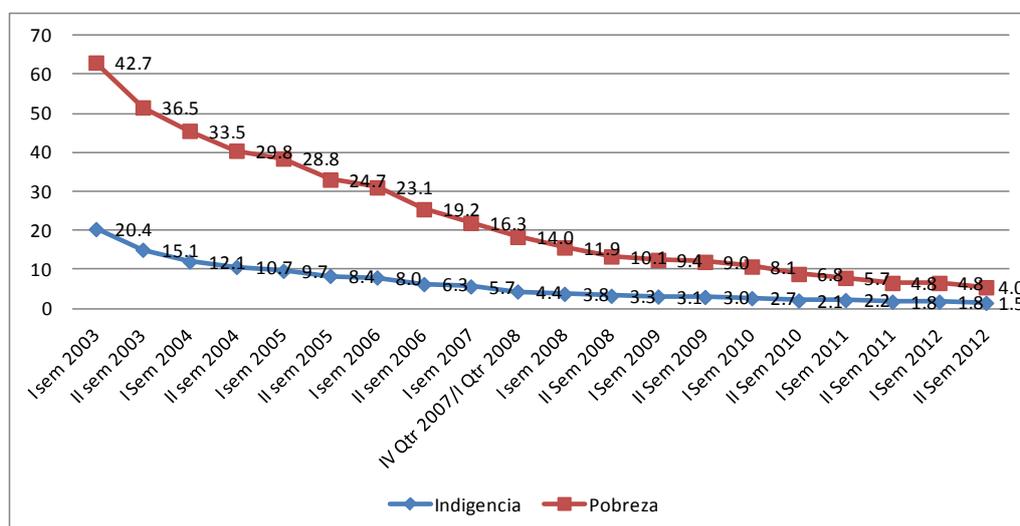
Gráfico I. Evolución del PBI. Años 2000-2011



Fuente: Elaborado sobre datos de la Dirección Nacional de Programación Macroeconómica

Producto de la grave crisis, el desempleo superó los valores históricamente conocidos en el país, alcanzando en su peor momento, al 25% de la población económicamente activa. Como correlato se produjo una mayor vulnerabilidad en las condiciones de vida de sectores cada vez más amplios de la sociedad, que se expresó en el aumento de la pobreza y la indigencia (entre octubre de 2000 y octubre de 2002 se pasó de un 20,8% de hogares pobres a 45,7%) y también en un significativo aumento de la desigualdad en la distribución del ingreso. A partir del año 2003 comienza a revertirse la curva negativa de la pobreza y la indigencia. (Gráfico 2).

Gráfico N° 2. Porcentaje de hogares bajo las líneas de pobreza e indigencia en los aglomerados urbanos. Años 2003-2012



Fuente: INDEC. Encuesta Permanente de Hogares Continua.

Al término de 2002, el estado de la economía seguía siendo frágil, aunque mostraba signos de incipiente normalización; se detuvo la recesión y desde el año siguiente, el país entró en una etapa de avance de su economía. Las políticas de exportación de productos básicos, junto con la mejora de sus precios relativos, y la expansión del mercado interno con políticas sociales activas, permitieron una recuperación del PIB a partir del 2003.

También ha sido evidente un cambio en la matriz exportadora del país. De ser un país fundamentalmente exportador de materias primas (en especial granos), Argentina incorporó productos industrializados a su intercambio con el exterior. La creación del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva apuntala esta búsqueda de valor agregado con mayor presencia del conocimiento científico y tecnológico.

Desde entonces la Argentina se plantea un nuevo modelo de desarrollo con inclusión social, teniendo como eje la integración regional. Desde esta perspectiva, el desarrollo busca incluir nuevas

oportunidades para las personas que habitan en regiones históricamente rezagadas. La estrategia macroeconómica se asienta sobre tres ejes: el sostenimiento de un tipo de cambio real competitivo, el mantenimiento del superávit fiscal y comercial y una política de ingresos tendiente a incrementar la capacidad adquisitiva de los distintos sectores sociales, en particular de los asalariados en el sector formal de la economía.

Durante el período 2003-2008 el crecimiento económico fue constante, registrando tasas cercanas al 9 por ciento anual en promedio. El desempeño productivo estuvo motorizado por la persistente mejora que presentaron el gasto doméstico privado (consumo e inversión) y las exportaciones.

La distribución del ingreso en la Argentina posee un nivel moderado a bajo. Su coeficiente de Gini es de 37,9 (1° trimestre de 2011), inferior al de Brasil (55,0), Chile (52,0), Colombia (58,5), México (51,6), Uruguay (47,1), o Venezuela (43,4).

Hacia mediados de los años 70's, el 10% más rico de la población poseía un ingreso 12 veces mayor que el 10% más pobre. Esa cifra aumentó a 18 veces en la década de 1990, y en 2002, durante el pico de la crisis, los ingresos del segmento más rico de la población, eran 43 veces mayores que los de los más pobres. Estos elevados niveles de desigualdad, se redujeron a 26 veces durante el año 2006 y a 16 veces a finales del 2010. De modo que la recuperación económica posterior al 2002 estuvo acompañada por una mejora significativa en la distribución del ingreso.

Argentina en números

La información que aquí se presenta es una recopilación de indicadores generales del país provenientes de distintas fuentes oficiales disponibles al año 2013.

Población total ambos sexos, 2010 ²⁴	40.117.096
Población total de varones, 2010 ²⁵	19.523.766
Población total de mujeres, 2010.	20.593.330
Tasa de crecimiento anual medio de población (0/00) (proyecciones 1991-2001). INDEC.	10,1
Esperanza de vida al nacer en 2005-2010 (en años). Ambos sexos. INDEC.	75,24
Esperanza de vida al nacer en 2005-2010 (en años). Mujeres. INDEC.	79,10
Esperanza de vida al nacer en 2005-2010 (en años). Varones. INDEC.	71,60
Porcentaje de población urbana. Total. ²⁶	92,8
Índice de desarrollo humano, 2012. PNUD	0,811
Tasa de desocupación. Total de 31 aglomerados urbanos. 2to. trimestre 2013. Encuesta Permanente de Hogares Continua 2013. INDEC	7,2
Porcentaje de alfabetismo en población de 10 años y más, 2010. INDEC.	98,1
Cantidad de médicos en edad activa ²⁷	160.041

²⁴ Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, INDEC.

²⁵ Ídem

²⁶ Ídem

Relación de médicos cada 1000 habitantes ²⁸	3,88
Total de establecimientos REFES ²⁹	20,323
Centros de Atención Primaria (CAPS) ³⁰	7,946
Establecimientos con internación ³¹	4,726
Total de camas ³²	193,459
Tasa bruta de natalidad, 2010 (por 1.000 habitantes) ³³ .	18,7
Tasa bruta de mortalidad general, 2010 (por 1.000 habitantes) ³⁴ .	7,9
Tasa de mortalidad infantil, 2010 (por 1.000 nacidos vivos) ³⁵ .	11,9
Producto interno bruto per cápita en dólares, 1er trimestre 2013. ³⁶ Ministerio de Economía	11,117
Gasto público consolidado de salud - Total (como % del PBI), 2009 (*) ³⁷	6,21
Gasto público consolidado de educación, cultura, ciencia y técnica - Total (como % del PBI), 2009 (*) ³⁸	6,68

*Datos provisionales.

Políticas públicas hacia la cobertura universal: el caso de los recursos humanos en salud

Argentina adhiere con fuerte convicción a las metas de cobertura universal en materia de salud y educación. Lo hace desde su compromiso con políticas de inclusión social que se expresan en la generación de 5 millones de nuevos puestos de trabajo en el lapso 2003-2012; la incorporación de 2 millones de personas al régimen jubilatorio y la asignación universal por hijo (AUH) que brinda protección social beneficiando a más de 3.5 millones de niños y adolescentes. Con la asignación universal el Estado busca que los niños y adolescentes asistan a la escuela, se realicen controles periódicos de salud y cumplan con el calendario de vacunación obligatorio; requisitos indispensables para cobrar la asignación.

El Plan Médico Obligatorio, creado en 1995 y sus modificatorias posteriores puede considerarse otro hito relevante dentro de las estrategias que el país se propuso para mejorar la calidad y acceso a la salud. El mismo establece un nivel de prestaciones al que todas las personas deben tener acceso y se acompañó con la ampliación del calendario de vacunación, la distribución gratuita de medicamentos esenciales en el primer nivel de atención, y la cobertura universal a las embarazadas,

²⁷ Ministerio de Salud, SISA 2013

²⁸ Ídem

²⁹ Ídem

³⁰ Ídem

³¹ Ídem

³² Ídem

³³ Ministerio de Salud Serie 5 N° 54/11.

³⁴ Ídem

³⁵ Ídem

³⁶ Ministerio de Economía

³⁷ Secretaría de Política Económica - Ministerio de Economía.

³⁸ Ídem

madres y recién nacidos, la entrega gratuita de métodos anticonceptivos, acompañada de acciones integrales en salud reproductiva, todo ello desde el sector público.

El abordaje de las enfermedades crónicas, la obtención de sangre segura, y la protección y tratamiento de personas con VHI/SIDA y tuberculosis son considerados problemas sobre los que se han priorizado estrategias en la agenda sanitaria nacional.

Todas las acciones citadas han estado orientadas a coordinar con el sector social y educativo de manera de aportar a avances genuinos en la inclusión social. Se considera muy oportuno que este III Foro Global se centre en torno a la temática de los recursos humanos en salud con los desafíos de la cobertura universal. El marco de la cobertura universal se emparenta con los principios que la Argentina viene planteando en materia de inclusión y equidad social, y también con la mejora de la disponibilidad, la distribución, la calidad y los procesos de formación y educación continua de los equipos de salud.

En Toronto, Canadá, los países de las Américas establecieron en 2005, la década de los recursos humanos en salud³⁹. Esto significó priorizar a la fuerza de trabajo en salud en las agendas nacionales e internacionales. Los servicios de salud en cualquiera de los niveles de complejidad no llegan a las personas que los necesitan si no hay trabajadores de la salud que posibiliten ese encuentro.

A su vez, la meta de la cobertura universal permite vincular los derechos humanos con la salud, la educación, el trabajo, la vivienda, y las identidades culturales y de género. Vale destacar que Argentina adhiere a la premisa que la salud integral se logra a través de todas las políticas públicas, no sólo a través de las de salud.

Acceso universal y requerimientos en materia de recursos humanos en salud

Tal como se sostiene en el documento de convocatoria a este III Foro Global, los ejes de calidad, accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad deben ser componentes principales que conformen los futuros planes de recursos humanos en salud en la próxima década.

³⁹ OPS/OMS: VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. En este encuentro regional surge el “Llamado a la Acción”, donde se definen cinco desafíos críticos para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en la región de las Américas. Esos desafíos abarcan: la superación de los problemas de disponibilidad de personal capacitado y distribuido con criterio de equidad, la rectoría del Estado, la importancia del desarrollo de competencias para trabajar desde la perspectiva de los sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud, y la necesidad de coordinación intersectorial.

En gran medida, y aunque aún existan importantes logros a alcanzar, estos desafíos han ocupado un lugar central de la agenda del Ministerio de Salud de la Nación y en la de los 24 Ministerios de Salud Provinciales.

Argentina está desarrollando un enfoque sistémico en lo referente a los desafíos principales en materia de recursos humanos para acompañar el logro de la cobertura universal en salud. Esto se puede visualizar en una política activa que tiene los siguientes ejes:

1) Mejora de la rectoría del Estado a través de estrategias sostenidas de concertación de la Nación con los estados provinciales.

A través de la construcción de la red federal de recursos humanos se comparten las estrategias de resolución de problemas relativos a la formación y gestión de los equipos de salud propios a la diversidad del territorio nacional, posibilitando la medición y la priorización de metas (jurisdiccionales, regionales, nacionales) y acordar acciones conjuntas para su cumplimiento.

El Ministerio de Salud de la Nación decidió, en cooperación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aprovechar las potencialidades del Campus Virtual de Salud Pública, de las nuevas tecnologías en comunicación y educación a distancia para construir competencias en materia de liderazgo en recursos humanos en salud y espacios compartidos de políticas entre las provincias.

2) La calidad de los abordajes en salud a través de la formación y capacitación de los trabajadores y en base al desarrollo de políticas de acreditación, regulación y evaluación.

La formación en el campo de la salud requiere de estrategias de intervención conjunta entre los sectores Salud y Educación, las que se están orientando desde la perspectiva de la atención primaria integral, garantizando la equidad y la calidad en la formación en todo el territorio nacional y promoviendo la elección y retención de los estudiantes en carreras de alta vacancia social y territorial.

La creación del Sistema Nacional de Residencias del Equipo de salud financia especialidades prioritarias y regula la calidad de estos procesos formativos mediante un sistema de acreditación con participación de sociedades científicas y la aplicación de instrumentos consensuados y estandarizados a nivel nacional y a su vez contextualizados en relación a la diversidad de situaciones sanitarias y formativas que existen en el país.

También se ha avanzado en la definición de estándares para la formación en enfermería y los aportes para la renovación de los planes de estudio de las facultades de medicina.

La regulación profesional y de especializaciones en salud está siendo posible de manera concertada gracias a los acuerdos logrados entre instancias gubernamentales, sociedades científicas, gremiales y universidades convocadas por el Ministerio de Salud de la Nación.

La Comisión Nacional de Acreditación de la Calidad de la Educación Universitaria (CONEAU) dependiente del Ministerio de Educación de la Nación lleva más de 10 años en los procesos de

acreditación de las carreras de medicina y de posgrado en ciencias de la salud y se están iniciando las gestiones para implementar estos procesos en las carreras de enfermería.

3) Articulación intersectorial y políticas integradas con otras instancias gubernamentales como Ministerios Nacionales de Hacienda, Educación y Trabajo.

La creación de una Mesa de Políticas Integradas entre los Ministerios de Salud y Educación permitió encarar problemas de carácter nacional como los relacionados con los estándares en la formación en enfermería, la formación docente en temas de salud, la jerarquización de las carreras técnicas en salud, la reorientación de las currículum de las carreras de medicina hacia un enfoque de salud integral, entre los más relevantes.

El establecimiento de instancias de consulta e investigación con el Ministerio de Trabajo de la Nación están permitiendo actualizar una base de problemas y de datos relativos a la situación laboral de los trabajadores de la salud, problemática antes invisibilizada en el marco de las políticas sanitarias.

4) Generación de capacidades para la toma de decisiones para la planificación de los recursos humanos.

Con el fin de contribuir a la toma de decisiones basadas en información sistemática y actualizada se ha generado un Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA). Entre sus primeros logros puede referirse la reducción de la fragmentación de la información sanitaria a través de la articulación de los distintos registros federales en una misma plataforma de tecnología moderna y confiable. Dentro del SISA, la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) ha posibilitado la articulación de los registros de profesionales de las 24 provincias, en concordancia con los requerimientos establecidos en la Resolución 604/2005 del Mercosur, que fija la matriz mínima de registro de profesionales de salud.

El Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud busca constituirse en el nodo que articula una Red de Observatorios de Recursos Humanos de la Argentina. Reúne la información aportada por distintas fuentes del campo laboral y de la formación en salud- provinciales, sistemas de gestión institucionales y diversos sectores que generan datos relativos a la educación y al trabajo- , facilitando el acceso a decisores e investigadores. Lo integran representantes de las 24 jurisdicciones y establece relaciones de cooperación técnica con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y las distintas unidades de los Ministerios de la Nación Argentina.

De las políticas sectoriales a las políticas integradas. El caso de las políticas de salud y de educación.

El proceso de crecimiento del país, ha sido sostenido por la recuperación de las políticas públicas destinadas a dar respuestas equitativas a las necesidades sociales. Ello ha implicado potenciar la rectoría del Estado y la participación ciudadana, así como promover y garantizar una estrecha coordinación y trabajo conjunto entre las instituciones que forman parte del Estado nacional, provincial o municipal.

En el caso de la Salud y la Educación, la integración de políticas públicas ha resultado fundamental para lograr la reducción de las brechas e inequidades sociales existentes. Esta articulación de políticas constituyó además uno de los motores fundamentales del desarrollo; dado que un mejor acceso a la educación tiene impactos positivos como determinante de la salud de la población. A su vez, el acceso a una buena salud, repercute de manera virtuosa en el acceso y permanencia en el sistema educativo.

Por otra parte la salud, junto con la educación y el ingreso, constituyen los tres componentes del índice de Desarrollo Humano de Naciones Unidas (índice que tiene una amplia aceptación como indicador de desarrollo, aún por encima del ingreso per cápita).

La Argentina tiene una tradición histórica de acceso universal a la salud y la educación.

Respecto de la educación, ya en el año 1884, la Ley 1420 sancionó para toda la población entre 6 y 14 años, la educación obligatoria, gratuita y laica. La Ley integral que hoy rige el sistema educativo nacional, es la Ley de Educación Nacional 26.206 del año 2006, que impuso la obligatoriedad de la educación secundaria, ampliando la permanencia de los jóvenes en la escuela. En el año 2005 se sanciona la Ley de Financiamiento Educativo 26.075 por la cual se establece que el presupuesto del gobierno nacional destinado a la educación, la ciencia y la tecnología, se incrementará progresivamente hasta alcanzar en el año 2010, el 6% del PIB nacional. Actualmente el porcentaje del PIB destinado a la educación corresponde al 6.7% del presupuesto nacional.

En el nivel superior, en el año 1918 se produce la Reforma Universitaria a partir de una protesta estudiantil iniciada en la Universidad Nacional de Córdoba -que luego se extiende al resto las universidades nacionales y provinciales-, por la cual se proclamaba la democratización del gobierno universitario, la gratuidad, la promoción de la ciencia, la libertad de pensamiento y la autonomía.

Hacia 1918, había en la Argentina tres universidades nacionales –las de Córdoba, Buenos Aires y La Plata– y dos provinciales –las de Tucumán y el Litoral–. Desde principios del siglo XX habían comenzado a formarse organizaciones estudiantiles que reclamaban participar en las decisiones del gobierno de las diferentes universidades. Pero para que la participación de los estudiantes fuera posible, era necesario modificar los estatutos universitarios. El conflicto planteado en la Universidad Nacional de Córdoba tuvo una gran repercusión política en el ámbito nacional, con intervención del presidente de la Nación y Congreso Nacional.

Desde el año 1949 el decreto 29.337 establece la enseñanza gratuita en las universidades nacionales. El impacto de esta norma se evidenció en el aumento inmediato de la matrícula estudiantil que pasó de 40.284 alumnos en 1945 a 138.871 en 1955, crecimiento que se mantuvo a lo largo del tiempo. Esta normativa marcó un punto de inflexión en la educación universitaria, puesto que la gratuidad abrió la posibilidad real del ingreso a la universidad.

En la actualidad, el sistema de educación superior universitario constituye un conglomerado institucional complejo y heterogéneo, conformado por más de 100 instituciones universitarias, que en su conjunto recibe a 1.600.000 estudiantes, de los cuales 1.343.597 asisten a instituciones del Estado y 336.166, aproximadamente a instituciones privadas.

El sistema educativo ha sido considerado un aspecto clave del desarrollo a lo largo de toda la historia del país; en ese contexto, los logros educativos eran vistos como la mejor forma de mostrar el promisorio futuro del país. A partir de fines del siglo XIX las escuelas y las leyes educativas se convirtieron en un emblema del país y en la identidad de sus habitantes.

Respecto de la salud, se trata de es un sistema mixto compuesto por tres subsistemas: el de la oferta estatal, el de las obras sociales y el de las pre-pagas o medicina privada. Estos tres subsistemas cubren a toda la población que reside y transita por el territorio nacional.

Argentina, brinda a través del subsistema público, una cobertura amplia de servicios a la que tienen derecho todos los habitantes del país, aunque una gran parte de ellos (67%) también pueden estar cubiertos por la seguridad social o la privada (8%). Lo anterior constituye un importante piso de protección, aunque queden aún por resolver problemas de articulación entre los subsectores, fragmentación entre los niveles de atención y brechas en el acceso relacionadas con factores geográficos, económicos o culturales.

Es posible distinguir en la historia Argentina distintas etapas en la conformación de su propuesta de cobertura sanitaria. El primero corresponde a la organización del Estado moderno y abarca de 1880 a 1920. En ese lapso se organizó la responsabilidad estatal en materia de salud pública, así como la creación de centros formadores de recursos humanos en salud. Se construyeron servicios hospitalarios públicos en las principales ciudades, que incorporaron los avances científicos.

Un segundo y crucial período abarca desde 1946 a 1955, años durante los cuales se duplicó la capacidad instalada de servicios públicos (se pasó de 70.000 a 140.000 camas hospitalarias en todo el país) y se construyeron establecimientos a lo largo y ancho de la Argentina. Se registró un fuerte impulso y apertura al acceso a la educación médica y de otras profesiones en el campo de la salud, muy especialmente mediante la valorización de la enfermería y el apoyo a la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo en salud.

En la década del 60 e inicios de los 70 se expandió el sistema de obras sociales nacidas en asociación con las organizaciones sindicales, por lo que vincularon el derecho al trabajo con el derecho a la salud y cambiaron de forma notable la configuración de las prestaciones en salud mediante el aporte solidario de los trabajadores. El Plan Médico Obligatorio, creado en 1995 y sus modificatorias posteriores puede considerarse otro hito relevante dentro de las estrategias que el país se propuso para mejorar la calidad y acceso a la salud. El mismo establece un nivel de prestaciones al que todas las personas deben tener acceso.

Integrar políticas sociales es más que una simple coordinación administrativa, ya que apunta a formar un espacio de cooperación, de diálogo político y concertación de actores para posicionar al Estado y sus políticas públicas. En esta integración, la formación de los recursos humanos, tanto del sistema educativo como del sistema sanitario, requiere de un abordaje específico para acercar el perfil de desarrollo de los equipos a las necesidades de la población.

Por tratarse de un país federal, existen responsabilidades concurrentes entre los Ministerios de Educación y Salud provinciales y las carteras nacionales para la formación de los recursos humanos en salud. A este marco de autonomías provinciales se suman también las autonomías universitarias.

El fortalecimiento de los recursos humanos en salud requiere partir de una visión global de las necesidades en términos de composición, distribución y calidad de los equipos, con capacidad para mirar la realidad con independencia de la lógica de los servicios y programas, que tienen una fuerte tradición ligada a perspectivas disciplinarias fragmentadas y con énfasis en la enfermedad.

En un contexto de creciente complejidad, caracterizado por un proceso de cambio social, epidemiológico y demográfico, se requieren abordajes integrales de los distintos problemas relacionados a la salud y los niveles de atención, para enfrentar los efectos de envejecimiento de la población y el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como prioridad. El nuevo paradigma requiere contar con equipos de salud acordes a estos cambios que están ocurriendo en el país y los que se presentarán en las próximas décadas.

En el caso del sector salud, educar profesionales es un proceso que demanda entre 3 a 10 años y supone una estructura institucional sumamente compleja. Toda planificación debe partir entonces del reconocimiento de que se trata de una política de largo plazo, que debe sustentarse en acuerdos entre múltiples actores y contar con un compromiso de inversión sostenida. La formación en servicio necesita estar acompañada de una regulación por parte del Estado, que asegure la calidad y excelencia en el desempeño de las instituciones formadoras y de los propios profesionales.

Varias de estas acciones exceden el campo de acción de un Ministerio y deben ser contempladas como políticas interministeriales e inter-jurisdiccionales, razones que justifican la permanente articulación y la búsqueda de consenso con todos los actores relevantes; en especial con los Ministerios de Salud, Educación, Trabajo, Infraestructura y Desarrollo Social. En esta búsqueda, los Ministerios de Salud y Educación a través de un convenio, formalizan un espacio permanente de trabajo y se crea la Mesa Intersectorial de Políticas Integradas de Salud y Educación.

Antecedentes y objetivos de la Mesa Intersectorial de Políticas Integradas de Salud y Educación

La conformación de esta mesa tiene como antecedente los ejes de trabajo y los compromisos asumidos por Argentina en la XII Conferencia Iberoamericana de Salud “Hacia la Construcción de una Agenda Renovada de Integración de Educación y Salud” y en la XXI Conferencia Iberoamericana de Educación “Transformación del Estado y Desarrollo”⁴⁰.

⁴⁰ La XII Conferencia Iberoamericana de Salud se realizó en Buenos Aires en el año 2010, en el marco de la XX Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno subordinada al tema Educación para la Inclusión Social con el objetivo de avanzar en la construcción de una Agenda Renovada de Integración de Educación y Salud. Un año más tarde, en la ciudad de Asunción de la República del Paraguay, se llevó a cabo la XXI Conferencia Iberoamericana de Educación, en el marco de la XXI Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno cuyo tema central fue la Transformación del Estado y Desarrollo, centrada en analizar los avances y desafíos respecto a las Metas Educativas 2021.

El objetivo buscado fue el de acelerar y fortalecer los procesos de inclusión social mediante una mayor integración entre las políticas de salud y de educación a través de servicios de calidad, capaces de promover la salud y fomentar la participación social de la población.

Los acuerdos establecidos se presentan al Consejo Federal de Salud y al Consejo Federal de Educación (que son los organismos de concertación, acuerdo y coordinación de políticas en materia Educativa y de Salud), para su validación a nivel federal.

Este espacio de integración permite apuntar hacia un paradigma de política social que avanza más allá de las prestaciones y de los servicios en sí mismos. En el caso de Salud y Educación, al actuar conjuntamente, se puede abordar la promoción de la salud para educar a las nuevas generaciones en la adopción de estilos de vida y valores que apunten a una sociedad más sana, solidaria y equitativa; así como también fomentar la formación de equipos de salud adecuados a las necesidades de salud de la población y las políticas sanitarias.

La agenda de políticas integradas, logros y perspectivas de desarrollo

La Mesa Intersectorial de Políticas Integradas de Salud y Educación la conforman referentes políticos y técnicos de ambos ministerios⁴¹ y trabaja sobre las necesidades de los distintos niveles de educación superior. A medida que se acuerda una agenda común, cada Ministerio actúa en consecuencia para el logro de los objetivos fijados con sus equipos técnicos.

La Mesa definió su ámbito de intervención en el campo de los recursos humanos en tres grupos: a) las necesidades de formación de recursos humanos de salud, b) los docentes que se están formando y c) los docentes en ejercicio.

De manera transversal a cada uno de estos ámbitos de intervención se priorizan los entornos saludables como estrategia de regulación para la promoción de la salud, las escuelas saludables y las universidades saludables.

Áreas de trabajo:

Formación Docente: Dentro del nivel superior no universitario, se promueve la incorporación de contenidos de educación para la salud, con foco en los determinantes sociales de la salud, en la currícula de formación de los docentes.

⁴¹ Conformada por: **Ministerio de Salud**, a través del Secretario de Políticas, Regulación e Institutos, la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHySO), el Plan Nacional Argentina Saludable y el Programa de Hipoacusia; **Ministerio de Educación**: a través del Subsecretario de Equidad y Calidad Educativa, la Subsecretaría de Coordinación Administrativa, la Secretaría de Políticas Universitarias a través de la Dirección Nacional de Gestión Universitaria y del Programa de Calidad Universitaria, el Instituto Nacional de Formación Docente, el Instituto Nacional de Educación Tecnológica, la Coordinación Nacional de la modalidad de Educación Especial; cuenta además con participación de la representación de la Organización Panamericana de la Salud en Argentina.

Docentes en actividad: Se aborda el tema de la salud del docente desde una visión compartida por los ministerios sobre la promoción de la salud, dotando al sujeto de la capacidad de proteger y construir su salud desde una perspectiva integral. Para ello se desarrollan materiales sobre el cuidado de la voz y la postura y también se realiza una campaña⁴², que cuenta con el aval de los gremios, orientada a la concientización de este tema dentro de la comunidad docente.

Educación Especial: Dentro de esta modalidad, con el propósito de sostener y acompañar las trayectorias escolares de alumnos con discapacidad, se han delineado estrategias de articulación para la construcción de configuraciones de apoyo. Se entiende por apoyos a las redes, relaciones, posiciones, interacciones entre personas, grupos o instituciones que se conforman para detectar e identificar las barreras al aprendizaje y desarrollan estrategias educativas para la participación escolar y comunitaria. Estos apoyos procuran diseñar, orientar, contribuir a la toma de decisiones educativas para el desarrollo de capacidades y potencialidades del sistema, las instituciones y los equipos. Las configuraciones prácticas que pueden adoptar los apoyos educativos son: atención, asesoramiento y orientación, capacitación, provisión de recursos, cooperación y acción coordinada, seguimiento e incluso investigación.

El eje de trabajo apunta a la prevención y detección temprana de los trastornos en el desarrollo para la primera infancia en jardines maternales y de infantes a través de dispositivos de comunicación para padres y escuelas.

Conjuntamente con la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas con Discapacidad (CONADIS) y los referentes de Autismo de los Ministerios de Salud jurisdiccionales, se busca establecer pautas o indicadores que permitan la detección precoz de niños y niñas con problemas de autismo a fin de generar lugares de diagnóstico.

Estos lineamientos buscan avanzar en la generación de una cultura inclusiva que integre a estos niños, niñas y adolescentes a las escuelas comunes, lo que supone un cambio profundo, especialmente para los profesionales de la educación, quienes deberán adecuar la planificación, la organización, la implementación y la evaluación de su labor cotidiana al nuevo paradigma.

Educación Técnico Profesional: Se prioriza la mejora continua de la calidad de la formación de técnicos del área de la salud mediante la elaboración de Marcos de Referencia para el proceso de homologación de títulos en todo el país, bajo la convocatoria y el liderazgo del Instituto Nacional de Educación Tecnológica (INET) y del Ministerio de Salud. Una vez elaborado el documento marco, donde se define el perfil profesional, trayectoria y entorno formativo de una oferta educativa, se valida federalmente por el Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA.) y se aprueba por el Consejo Federal de Educación (CFE).

Algunos marcos de referencia ya aprobados por el CFE son las Tecnicaturas Superiores en:

⁴² La “Campaña Integral de promoción y prevención de la salud docente” busca atender el derecho de los docentes al acceso de programas de salud laboral y prevención de enfermedades profesionales, incluidos dentro de la Ley de Educación Nacional, mediante la reflexión sobre las condiciones de salud en el trabajo docente, brindando información sobre prevención y cuidado de la salud del docente y fomentando la incorporación de hábitos saludables en la comunidad educativa.

- Instrumentación Quirúrgica
- Hemoterapia
- Esterilización
- Medicina Nuclear
- Prácticas Cardiológicas
- Neurofisiología
- Enfermería
- Radiología
- Mantenimiento y Gestión del equipamiento biomédico
- Laboratorio de Análisis Clínicos

Otra línea, es el fortalecimiento de las entidades formadoras de enfermería. Durante el 2012 se acordó con todos los actores del sector (reunidos en la Comisión Nacional de Enfermería) un Marco de Referencia para la homologación de la formación de la carrera de enfermería en escuelas técnicas. Dicho marco también introduce un avance en la articulación de la formación universitaria y no universitaria, ya que es uno de los documentos base para la incorporación de la carrera de enfermería a las carreras de riesgo social contempladas en el Art. 43 de la Ley de Educación Superior⁴³.

El plan federal de fortalecimiento de las entidades formadoras de enfermería 2013-2015 implica una serie de acciones a nivel institucional, docente y de apoyo a las trayectorias educativas tendientes a disminuir el desgranamiento estudiantil, a aumentar la terminalidad y a mejorar la calidad de formación en enfermería en todo el país.

Formación Universitaria de grado: Desde el Programa de Mejora de la Calidad Universitaria dependiente de la Secretaría de Políticas Universitarias se promueve la formación universitaria de recursos humanos para la salud, a través de la mejora y el fortalecimiento de las carreras de medicina, odontología y enfermería. En el marco del proyecto de mejoramiento de la enseñanza de medicina iniciado en 2011, se conformó el Foro Argentino de Facultades y Escuelas Públicas de Medicina (FAFEMP) integrado por las 13 escuelas y facultades públicas de medicina del país. El Foro tiene por objetivo abordar las necesidades y desafíos que plantea la formación de médicos en el ámbito de la universidad pública y contribuir a la generación de políticas educativas en salud adecuadas a las necesidades de la población y los sistemas de salud, interactuando con el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU).

A partir de un relevamiento del Ministerio de Salud y de los Consejos Regionales de Salud en conjunto con las facultades en regiones y localidades con necesidades o vacancia de recursos humanos de la salud, desde el 2012 se empezó a implementar un diagnóstico para trabajar en la creación de “carreras o trayectorias formativas protegidas” como estrategias para facilitar y acompañar el ingreso de estudiantes de escuelas medias de esas zonas a las carreras de Medicina dictadas en ciudades alejadas de las comunidades donde residen. Las regiones identificadas con

⁴³ La incorporación al art. 43 de la ley de Educación Superior implica la regulación por parte del Estado Nacional de la formación de la carrera y de las actividades reservadas que le competen.

mayores problemas de formación e inserción de profesionales de la salud son: Noroeste, Noreste y Patagonia.

Actualmente se están generando los acuerdos necesarios entre todos los actores involucrados (Universidades, Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Educación de la Nación, jurisdicciones provinciales y municipales) para establecer responsabilidades compartidas que permitan cierta previsibilidad en la planificación de esta política de formación de recursos humanos y la inserción laboral en el mediano y largo plazo.

Desde el 2014, el Ministerio de Educación se ha comprometido a financiar durante siete años y a través de becas de estudio y mecanismos de seguimiento académico, la carrera de medicina de 40 jóvenes descendientes de comunidades indígenas residentes en los Valles Calchaquíes, la Quebrada de Humahuaca y la Puna, en las provincias de Tucumán, Catamarca y Jujuy.

Esta iniciativa tiene como antecedente al “Programa de Acción Afirmativa” que funciona desde 2012 en la Universidad Nacional de Tucumán. Consiste en la creación de 15 vacantes destinadas a alumnos del último año de escuelas medias (secundarias) de gestión pública provenientes de pueblos originarios de las zonas de los Valles Calchaquíes, a fin de mejorar sus posibilidades de acceso a la carrera de medicina. El programa cuenta con un dispositivo de acompañamiento y seguimiento de las trayectorias formativas de los estudiantes que ingresaron a la carrera de medicina, quienes disponen además de un sistema de becas para estudio y vivienda. Además de la Universidad Nacional de Tucumán, cuenta con el apoyo de los gobiernos locales de las provincias involucradas y el compromiso para la posterior inserción laboral de los futuros profesionales.

Con el propósito de ampliar la cobertura y mejorar la atención de la salud de la población, se están desarrollando acciones para que los Hospitales Universitarios dependientes de las universidades públicas se integren a la Red de Hospitales Nacionales bajo jurisdicción del Ministerio de Salud. Esta estrategia busca redefinir la relación de las carreras de salud con la red pública, independientemente de su dependencia, ya que la mayoría de los hospitales donde se realizan los ciclos clínicos no son ni universitarios ni nacionales.

Uno de los objetivos de esta iniciativa es constituir redes integradas de servicios, organizadas por niveles de complejidad creciente en las que el acceso, la calidad y la oportunidad de atención se encuentren garantizadas. Precisamente garantizar el acceso gratuito y universal de toda la población a las prestaciones asistenciales es una condición indispensable para la integración de esta red.

Un segundo desafío responde a intensificar la vinculación entre los hospitales y la capacidad formativa de los establecimientos en los que los nuevos profesionales completan sus ciclos de perfeccionamiento con el fin de alcanzar una mejor formación y una mejor calidad asistencial.

Formación universitaria de posgrado: se está trabajando en la conformación de una subcomisión para tratar el analizar las ofertas de formación, las áreas de vacancias, la factibilidad de ofrecer la gratuidad de determinadas especialidades por región y por tiempo determinado.

Durante el 2013 se firmó la primera resolución conjunta entre los Ministerios de Educación y de Salud, por la cual se logró el reconocimiento de títulos extranjeros de grado universitario del área de salud; constituyendo un gran avance en materia de integración de políticas. Argentina firmó convenios de reciprocidad para el reconocimiento de títulos de nivel universitario de grado con los siguientes países: Bolivia, Perú, Ecuador, Colombia, Chile, Cuba, España y México. La convalidación provisoria y la matriculación provisoria para la realización de estudios de posgrado, implica que cualquier ciudadano de los países mencionados puede continuar con su formación de posgrado en Argentina.

La articulación entre los actores está dada por las responsabilidades compartidas que cada uno debe asumir: las universidades nacionales tienen que evaluar la razonable equivalencia del título extranjero del candidato, el Ministerio de Educación de la Nación tiene la responsabilidad de otorgar la convalidación provisoria del título para la realización de los estudios de posgrado en un tiempo no mayor a los seis meses, y el Ministerio de Salud es quien otorga la matrícula provisoria.

Además de la disminución del tiempo del trámite de convalidación, lo novedoso de este procedimiento es que una vez que el Ministerio de Salud otorga la matrícula provisoria, ésta queda en custodia de la institución universitaria formadora hasta que el profesional extranjero finalice sus estudios de posgrado. De manera tal que la matrícula provisoria tiene validez solo a los efectos de continuar una formación de posgrado y no para el ejercicio profesional.

Experiencias de políticas integradas en el nivel provincial y regional

Esta experiencia de trabajo conjunto que se inicia en el nivel nacional, está en concordancia con otras agendas de trabajo integradas en el campo de la salud y de la educación tanto en el nivel provincial como regional.

En el ámbito provincial es posible citar a modo de ejemplo, el caso de la Provincia de Santa Fe, en la región Centro, cuya articulación de políticas se sustenta en la concertación de actores provenientes del sector público y privado; el caso de la provincia de Tucumán con el Pacto de San Javier que contempla los lineamientos del plan estratégico 2011-2015 para el desarrollo y la formación de los recursos humanos en salud de las provincias que integran la región Noroeste (NOA); o el caso de la Declaración de Resistencia, firmada en la provincia de Chaco por las provincias que componen la región Noreste (NEA), donde se establece un compromiso para establecer mecanismos de articulación entre las instituciones del sistema de salud de esta región y las instituciones académicas a fin de adecuar el perfil de formación de médicos y otras profesiones de la salud, conforme a un modelo de atención de salud integral centrado en una estrategia de atención primaria para la salud que responda a las necesidades de salud de su población.

En el ámbito del MERCOSUR se creó, desde 1991, el Sub Grupo de Trabajo 11 (SGT11), destinado a atender cuestiones derivadas de los procesos de integración, relacionados con la salud de las personas, el medio ambiente y los aspectos sanitarios del flujo de bienes y servicios.

Dentro de este Subgrupo, la Sub Comisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional es la encargada de discutir las regulaciones para el ejercicio de las profesiones de salud con el objetivo de alcanzar la libre circulación de profesionales prevista para el año 2015.

A partir de la XXXIV Reunión ordinaria del SGT11, llevada a cabo en la ciudad de Asunción – Paraguay en el año 2011, se propuso iniciar un proceso de reuniones comunes con el MERCOSUR Educativo para analizar en conjunto la problemática de la homologación de títulos de profesiones sanitarias.

Conclusiones y compromisos

La agenda post 2015⁴⁴, luego de un proceso de consulta mundial señaló que la salud es beneficiaria del desarrollo sustentable e integral y a su vez contribuye al mismo; y constituye un interesante trazador para saber si las políticas están centradas en las personas, sus derechos, y la meta de la inclusión social. En este contexto, la salud como fin y como medio tiene un rol central en la búsqueda armónica del bienestar material, social, cultural, educacional, laboral, ambiental y político de las personas. El diseño de políticas públicas activas requiere la observancia de la incorporación de estas ideas a través de líneas de acción transversales en la capacitación y formación de los equipos de trabajo en salud.

Las evaluaciones realizadas de las acciones encaradas hasta el momento permiten concluir la concordancia de perfiles entre las políticas de recursos humanos y las metas de la cobertura universal en salud. A pesar de ello, Argentina sostiene que es necesario generar nuevos compromisos que doblen la apuesta en términos de impacto en la salud de la población. Para ello, nos proponemos:

- Continuidad de la Mesa Intersectorial de Políticas Integradas de Salud y Educación y de las líneas de trabajo arriba mencionadas
- Fortalecimiento de los equipos técnicos para la gestión intersectorial tanto a nivel nacional como provincial
- Conformación de mesas provinciales de políticas integradas de salud y educación (asistencia técnica, encuentros nacionales / regionales)
- Generación de evidencia empírica de las necesidades de formación de equipos de salud
- Fortalecimiento de Hospitales Universitarios en el marco de la Red de Hospitales Nacionales
- Conformar una mesa de planificación de posgrados de medicina junto al Foro de Facultades Públicas de Medicina
- Participar activamente dentro de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas con Discapacidad (CONADIS)
- Incluir al Ministerio de Ciencia y Tecnología e Innovación Productiva en una comisión conjunta

⁴⁴ <http://www.worldwewant2015.org/health>

HRH commitment pathways

BELIZE

1) What human resources for health (HRH) - related actions and pathways can your country/ institution commit to?

The Ministry of Health Belize is currently developing a health sector strategic plan. The overall objective is to provide broad based multi-stakeholder pathway that will systematical address various health sector challenges with emphasis on, among other strategic areas, Human Resources in Health.

In furtherance to that objective, the Belize Human Resources in Health Steering Committee, an arm of the Belize HRH observatory have been mandated to develop a five year HRH Strategic Plan(2014 to 2019). The committee, which has commenced their planning process, reviewed the document (**Human Resources for Universal Health Coverage: a template for eliciting commitments**) that detailed various pathways that member countries could commit to during the 3rd Global Health Workforce Forum. The Committee while acknowledging the usefulness of the outlined pathways came up with a commitment that will be in tandem with the Belize HRH Strategic Plan and by extension the Health Sector plan, both of them currently under development. In view of that realty, Belize would like to make a commitment at the 3rd Global Health Workforce forum as outlined below.

Overall Objectives for the Belize HRH Plan:

To ensure the availability of a sustainable health workforce that is knowledgeable, skilled and adaptable.

Belize will strive to have a workforce that is distributed to achieve an equitable health outcome, suitably trained, competent, and culturally sensitive and that works in a supportive environment. A workforce that could provide a safe, quality, preventative, curative and supportive care that is population and health consumer focused and capable of meeting health care needs of our people within the context of the National Health Insurance of Belize.

The strategic directions and specific goals which underlie the aforementioned objective are:

1. **Policy direction:** Belize commit to appropriate legislation, regulations and guidelines for conditions of employment, work standards, and development of the health workforce.
 - a. Goal: To ensure that legislation, policies and guidelines for conditions of employment positively support the development of the Belize health workforce for the next five years.
2. **HRH Management System strategic direction:** We commit to ensure that appropriately trained HR managers are in place with the systems, capacity, and authority to facilitate processes for adequate staffing, retention, teamwork, and performance.
 - a. Goal: To establish and maintain a comprehensive, up-to-date and accurate HR information system
 - b. Goal: To develop and maintain a motivated workforce, content with working conditions and opportunities for growth.
 - c. Goal: To establish HR unit/functions within the Ministry of Health. The key functions will be to develop HRH policies and plans, define strategic directions and monitor & evaluate implementation of new and existing HRH policies.
 - d. Goal: To improve institutional and health worker performance
3. **EDUCATION:** We will continue to involve our stakeholders to ensure that pre-service and in-service training will result in the production and maintenance of a skilled workforce that will meet the health needs of the Belize population.
4. **FINANCE:** We commit to developing & implementing processes to ensure adequate funding is obtained and that evidence based budgets are adhered to .Also to ensure strong capacity for public financial management at the Ministry of Health Belize.
5. **PARTNERSHIP & LEADERSHIP direction:** To continually improve the capacity to deliver health services through formal and informal linkages among donors, sectors, professional associations, health programs, and the private sector. We also commit to establishing coordination and linkages among community-based organizations and NGOs.
 - a. Goal: To increase and maintain the capacity to provide direction, align stakeholders, and mobilize resources

2) How will you monitor progress towards achievement of your commitment pathways (What indicators will you track? What data sources will you use)?

Belize is committed to the SICA sub regional initiatives towards a healthy workforce through the attainment of the 20 HRH regional goals. The strategic directions for the proposed 5 year plan are in line with the five principal challenge areas that the regional goals set to address. Belize will continue to monitor those 20 regional indicators in addition to other country specific indicators that will identified in the new plan.

- 1) ¿Con qué acciones e intervenciones relacionadas con los recursos humanos para la salud (RHS) se quiere comprometer su país/institución?

Organización Responsable: Ministerio de Salud

En Diciembre de 2011, el Ministerio de Salud lanzó el segundo Plan Nacional de Salud: “Estrategia para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020”. Los Objetivos sanitarios definidos abarcan 8 temas: enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y violencia, factores de riesgos, ciclo vital, determinantes de la salud, ambiente-alimentos -trabajo, acceso y calidad de la atención de salud, emergencias y desastres. Está incluido un 9° componente transversal: fortalecimiento del sector salud, dentro del cual se encuentra un subcomponente de Recursos Humanos. El Plan constituye la carta de navegación del sector salud para la década y está actualmente en su primera fase de implementación.

El componente de Recursos Humanos se concibió como un conjunto de estrategias transversales destinadas a apoyar el logro de los objetivos sanitarios, a través de 3 metas de impacto, 30 objetivos estratégicos e indicadores que reflejan las transformaciones y cambios a llevar a cabo en los 10 años del Plan, incluyendo a todos los niveles de atención (primario, secundario y terciario) y a las funciones de Salud Pública.

En este contexto, el Plan de Salud 2011-2020 contiene una Política Integral de Recursos Humanos que se publicó y difundió en el año 2012, dentro de la cual se inserta la mayoría de los objetivos estratégicos de Recursos Humanos, organizados en 6 capítulos: Política Pública, Dotación de Personal Adecuada, Competencias Adecuadas, Condiciones Laborales Adecuadas, Formación Médica y Sistema de Información en Recursos Humanos.

Compromisos de Chile:

1. Implementar los planes operativos de la Política de Recursos Humanos tanto a nivel central como en los niveles locales (Servicios de Salud y Hospitales, y Atención Primaria de Salud): el Plan Nacional de Salud incorpora para los niveles locales del sistema el compromiso de diseñar un Plan operativo de la Política Nacional de Recursos Humanos cada dos años durante el periodo 2013-2020. *Primera fecha de monitoreo prevista en el Plan Nacional de Salud: diciembre de 2015.*
2. Lograr progresivamente, y en función del presupuesto que el país decida cada año dedicar a la Salud, una dotación de Recursos Humanos adecuada, definida como la que asegure una distribución equitativa (asignación de los recursos humanos en función de las necesidades sanitarias y prioridades del plan de salud, y considerando los aspectos de acceso de la población), que optimice la capacidad instalada, consolide el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, y provea las redes específicas de urgencia y unidades de pacientes críticos. La definición de la dotación de Recursos Humanos adecuada incluye la dimensión de la calidad en términos de competencias adecuadas y objetivos estratégicos que se reflejan en indicadores de formación previa al empleo y formación en el empleo. *Primera fecha de evaluación prevista en el Plan Nacional de Salud: diciembre de 2015.*

2) ¿Cómo va a llevar a cabo el seguimiento del progreso logrado en cuanto al cumplimiento de sus compromisos? ¿Qué indicadores va a controlar? ¿Qué fuentes de datos va a utilizar?

A nivel nacional, la conducción del seguimiento y monitoreo de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 está a cargo de la División de Planificación Sanitaria: en este contexto, los indicadores a controlar, las fechas de control, los responsables de los indicadores, las fuentes de datos o información y los medios de verificación están descritos e incorporados a una plataforma informática diseñada para estos efectos.

En este marco:

1. Respecto del primer compromiso presentado por Chile, el indicador es la existencia de un plan operativo de implementación de la Política Nacional de Recursos Humanos a nivel central, además de la proporción de los 29 Servicios de Salud (nivel descentralizado de la red asistencial) del país que hayan elaborado su plan de implementación de dicha política a nivel local. A este indicador se agrega una evaluación de la conformidad de los planes diseñados con criterios de contenidos y calidad pre-establecidos.
2. En cuanto al segundo compromiso, el indicador es la proporción de Servicios de Salud que tengan una dotación adecuada de RHUS (según la definición antes señalada y las metodologías de estimación de déficits adoptadas por el país), en algunas áreas priorizadas por la Autoridad de Salud, tales como atención abierta, centros de salud del primer nivel de atención, redes de urgencia, redes de camas de cuidados críticos, por ejemplo.

1) ¿Con qué acciones e intervenciones relacionadas con los recursos humanos para la salud (RHS) se quiere comprometer su país/institución?

Fortalecer el enfoque de APS y de salud y medicina familiar, en todos los programas de formación de talento humano en salud y formar 4000 médicos familiares en los próximos 10 años.

Formación continua en APS para todo el personal sanitario (10 años).

Fortalecer la capacidad resolutive de los técnicos y profesionales del área de la salud (permanente).

Definir las competencias de las profesiones de la salud, que respondan a las características y necesidades de la población y el sistema de salud (2 años).

2) ¿Cómo va a llevar a cabo el seguimiento del progreso logrado en cuanto al cumplimiento de sus compromisos? ¿Qué indicadores va a controlar? ¿Qué fuentes de datos va a utilizar?

1. Implementando el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud.
2. Fortaleciendo y dinamizando el Observatorio de Talento Humano en Salud, haciendo especial énfasis en la Sala de Salud y Medicina Familiar.
3. Haciendo uso de los indicadores de seguimiento y evaluación de los Recursos Humanos para la Salud que apliquen para Colombia, en un marco de corto y mediano plazo, y la disponibilidad de información.
4. Información de programas, cupos, matrículas y egresados de los programas de formación del área de la salud.
5. Información de programas de formación continua.

1) ¿Con qué acciones e intervenciones relacionadas con los recursos humanos para la salud (RHS) se quiere comprometer su país/institución?

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador dentro de su planificación ha identificado las necesidades de talento humano y definido las brechas existentes en cada uno de los niveles.

Una serie de estrategias está implementando el MSP Ecuador para asegurar que se cuentan con los suficientes talentos humanos y se ofrece servicios de salud para toda la población, entre estas estrategias están:

1. Convocatoria a concursos de merecimientos.
2. Incrementos salariales
3. Inclusión de mecanismos de incentivo salarial como Bono de residencia y Bono geográfico
4. Implementación de plan de retorno para profesionales de la salud que migraron en l década de los 90
5. Plan multianual de formación de talento Humano en Salud

El Plan Multianual de formación busca formar de manera intensiva a más de 10,000 profesionales de la salud en el período 2013-2017, cuenta con compromiso Presidencial y con un financiamiento aprobado de US \$ 535,000,000.

2) ¿Cómo va a llevar a cabo el seguimiento del progreso logrado en cuanto al cumplimiento de sus compromisos? ¿Qué indicadores va a controlar? ¿Qué fuentes de datos va a utilizar?

1. Mediante el monitoreo de indicadores establecidos en el plan de acción 2013 -2017
2. Reuniones anuales de trabajo con Universidades e Institutos técnicos de educación superior para evaluar cualitativa y cuantitativamente el avance, identificar problemas y plantear soluciones.
3. Monitorear la asignación de becas con Consejo de educación Superior, Secretaría nacional de Ciencia y tecnología y Universidades Participantes.
4. Reuniones de Monitoreo con Becarios del programa para conocer logros y nodos críticos y rescatar aprendizajes.
5. Evaluaciones anuales
6. Manteniendo como prioridad en la agenda política del MSP Ecuador el plan de formación de talento humano en salud.

1) ¿Con qué acciones e intervenciones relacionadas con los recursos humanos para la salud (RHS) se quiere comprometer su país/institución?

INTERVENCIONES

1. Confirmar el compromiso del país de continuar con la medición de las metas de recursos humanos y ratificar su monitoreo al 2015 en congruencia con el Compromiso Regional de los Gobiernos (2007-2015)
 - a. **Objetivo:** Identificar avances en el cumplimiento de los cinco desafíos y 20 metas de RHS así como los factores impulsores y restrictivos relacionados a los resultados.
 - b. **Fecha tercera medición:** Primer trimestre 2015 (tabla de indicadores adjuntos)
 - c. **Descripción:** En el 2010 el país realizó la medición de la línea base de las 20 metas de recursos humanos y en el 2012 se ha realizado su primer monitoreo, cuyo resultados han demostrado avances significativos especialmente en el primer desafío y sus cinco metas, mejorando el acceso a la salud de la población, aumentando la dotación y mejorando la distribución de los recursos humanos en salud, especialmente en los territorios más alejados a las ciudades; además se ha mejorado el índice de relación en la distribución de trabajadores urbano/rural entre otros resultados, los cuales están disponibles en el observatorio de RHUS (<http://rrhh.salud.gob.sv/?q=node/4>).
 - d. **Organismo responsables:** Instituciones del Sistema Nacional de Salud , Instancias Reguladoras del Ejercicio Profesional y Universidades

2. Oficialización e implementación de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.
 - a) **Organismo responsable:** Ministerio de Salud como ente Rector del Sistema Nacional de Salud y sus Instituciones, además de las Instituciones Formadoras y reguladoras del ejercicio profesional
 - b) **Objetivos:** Impulsar el Desarrollo Integral de los Recursos Humanos en Salud a nivel nacional a través de la implementación de la Política Nacional de Desarrollo de RHUS.
 - c) **Fechas:** 2014-2016

d) **Descripción:**

La política Nacional de Salud de El Salvador, define el modelo de atención de salud familiar y comunitario, basado en la Atención Primaria de Salud Integral, con un modelo de gestión organización en redes integrales e integradas de salud, por tanto para implementarlos se demanda de recursos humanos calificados, motivados, comprometidos y con una buena dotación y distribución; al 2013 hay avances significativos que han mejorado el cumplimiento del derecho a la salud de la población, especialmente en los municipios de más alta pobreza, a través de la mejora en la dotación, distribución y educación permanente y formación de los trabajadores.

Los diversos compromisos contemplados en la Política Nacional de Salud son cuatro compromisos:

i) La salud de los trabajadores,

ii) El desarrollo de los recursos humanos;

iii) La coordinación con las instituciones formadoras;

iiii) La formación de capacidades de los agentes comunitarios de salud (Promotores de Salud); en ese sentido se ha avanzado en cada uno de estos compromisos, pero aun existen brechas que hay que mejorar e impulsando nuevas estrategias, por tanto se ha elaborado con amplia participación, la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, que contiene seis estrategias cuyo desarrollo es de carácter intersectorial, de tal manera que pueda incidir en la profundización de los cambios positivos generados hasta ahora, sus estrategias que se convierten en compromisos para la acción son:

- Fortalecer los procesos de planificación de los RHUS para adaptar de forma gradual la fuerza laboral a los requerimientos del Sistema Nacional de Salud.
- Establecer un Sistema Nacional de Especialidades en Salud concertado.
- Reorientación de la formación profesional y técnica en salud acorde a los requerimientos del SNS.
- Impulsar el diseño y desarrollo de
- la carrera sanitaria para el conjunto de los trabajadores de la salud.
- Propiciar condiciones de trabajo digno para la fuerza laboral en salud
- Asegurar la educación permanente para todos los trabajadores
- Favorecer la generación de información y conocimiento científico en el campo de los RHUS.

El plan de implementación de la política para el siguiente bienio define una serie de indicadores que permitirá su monitoreo y su eficacia a mediano y largo plazo.

2) ¿Cómo va a llevar a cabo el seguimiento del progreso logrado en cuanto al cumplimiento de sus compromisos? ¿Qué indicadores va a controlar? ¿Qué fuentes de datos va a utilizar?

SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN REGIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD 2007 – 2015 DESAFÍOS, METAS E INDICADORES.		
INDICADORES CUANTITATIVOS		
DESAFIOS Y METAS	INDICADORES cuantitativos	FUENTES
DESAFÍO 1 Meta 1	Razón de densidad de recursos humanos en salud por 10.000 habitantes, general y por departamento	Institutos de Estadísticas y Censos y el Sistema de Información de las Unidades de RHUS del Sistema Nacional de Salud
Meta 2	Porcentaje de médicos trabajando en atención primaria de salud. General y por departamentos	Institutos de Estadísticas y Censos Sistema de Información de las Unidades de RHUS del Sistema Nacional de Salud
Meta 4	Razón de médicos por enfermeras, general y por departamento	Institutos de Estadísticas y Censos y Sistema de Información de las Unidades de RHUS del Sistema Nacional de Salud
DESAFÍO 2 Meta 6	Porcentaje de recursos humanos trabajando en el área rural del país	Institutos de Estadísticas y Censos Sistema de Información de las Unidades de RHUS del Sistema Nacional de Salud
DESAFÍO 4 Meta 13	Porcentaje de puestos de empleo de atención de salud que son precarios y/o sin protección social	Institutos de Estadísticas y Censos Sistema de Información de las Unidades de RHUS del Sistema Nacional de Salud
DESAFÍO 5 Meta 19	Porcentaje de alumnos que ingresan y egresan en el tiempo esperado por cada carrera	Sistema de Información de las Universidades
INDICADORES CUALITATIVOS		
DESAFÍO 1 Meta 3	Equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias	Grupo focal de informantes claves
Meta 5	Unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.	Grupo focal de informantes claves
DESAFÍO 2 Meta 7	Porcentaje de trabajadores primarios de la salud que tienen competencias de salud pública e interculturales	Grupo focal de informantes claves

DESAFIO 2 Meta 8	Porcentaje de programas de educación en el trabajo para el grupo de trabajadores de la salud definidos en el indicador (enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de la salud y trabajadores de la salud comunitarios) dirigido a perfeccionar aptitudes y competencias de acuerdo a la complejidad de sus funciones actuales	Grupo focal de informantes claves
DESAFÍO 2 Meta 9	Porcentaje de trabajadores de salud cuyo lugar de práctica de atención primaria de salud es la misma ubicación geográfica de su comunidad de origen	Grupo focal de informantes claves
DESAFÍO 3 Meta 10	<i>País:</i> Ha adoptado un código global de práctica. Si o No. Ha establecido normas de ética para el reclutamiento internacional. Si o No	Grupo focal de informantes claves
DESAFÍO 3 Meta 11	Existe una política de auto-suficiencia de recursos humanos (Debe existir coherencia con la respuesta de la meta 5, donde se indaga sobre la existencia de una política de planificación). Si o No.	Grupo focal de informantes claves
DESAFÍO 3 Meta 12	El país tiene un mecanismo formal para el reconocimiento de profesionales capacitados en el extranjero. Si o No.	Grupo focal de informantes claves
DESAFIO4 Meta 14	Porcentaje de trabajadores en el sector salud cubiertos por medidas de salud y seguridad específicas para los riesgos de su tipo de trabajo	Grupo focal de informantes claves
DESAFÍO 4 Meta 15	Porcentaje de gerentes de servicios y programas de salud con certificados de cursos de gerencia en salud.	Grupo focal de informantes claves
DESAFÍO 4 Meta 16	El país cuenta con mecanismos formales para resolver conflictos laborales	Grupo focal de informantes claves
DESAFÍO 5 Meta 17	Porcentaje de Universidades que han Integrado en el currículo de contenidos de APS Porcentaje de Universidades que han Integrado en el currículo de prácticas en APS Porcentaje de Universidades que tienen estrategias de formación interprofesional en las escuelas de ciencias de la salud Porcentaje de Universidades que tienen soporte financiero para la formación interprofesional	Grupo focal de informantes claves
DESAFÍO 5 Meta 18	Porcentaje de universidades con programas específicos para estudiantes de poblaciones subtendidas. Porcentaje de Programas específicos de formación de estudiantes que provienen de poblaciones indígenas, afros o que tienen escasos recursos o que viven en distancias geográficas inaccesibles	Grupo focal de informantes claves
DESAFÍO 5 Meta 20	Existencia de instancia evaluadora de la calidad educativa universitaria Sí/No Porcentajes de Facultades y/o Escuelas de Ciencias Médicas (o Ciencias de la Salud) acreditadas Porcentaje de Escuelas de Salud Pública acreditadas	Grupo focal de informantes claves

Otras fuentes de información: El Observatorio de RHS, fuentes primarias en los territorios a nivel nacional (Directores) y la Comisión Intersectorial de Recursos Humanos de El Salvador; para el caso de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos hay indicadores de proceso y resultado en su plan de implementación.

NOTA:

Las presentes propuestas de vías de compromiso en materia de Recursos Humanos de Salud es el resultado del trabajo que se realiza dentro de la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas entre el Sector Académico y de Salud; mismo que fue consensado entre las autoridades de las Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud de todo el país: Medicina y Enfermería y las autoridades del Seguro Social y del Ministerio. Luego se revisó por la Dirección de Recursos Humanos y la Dirección del Centro Nacional de Ciencias de Salud del Ministerio, para proponerse como compromiso de país. Durante los próximos dos años se hará un seguimiento, medición y evaluación a cada uno de los compromisos que aquí se describen, y que para el efecto se han diseñado tablas de control de mando e indicadores que se anexan. Mismos que se estarán actualizando continuamente dentro del Observatorio de Recursos Humanos.

1) ¿Con qué acciones e intervenciones relacionadas con los recursos humanos para la salud (RHS) se quiere comprometer su país/institución?

Organización Responsable: Ministerio de Salud

Disponibilidad:

1. Formar 300 parteras durante los años 2014 y 2015 (150 cada año). Se formarán en Centros ubicados a su lugar de origen.
2. Contratar por un año a 30 médicos recién egresados de la Universidad Estatal en los años 2014 y 2015 y ubicarlos en la red de servicios hospitalarios del país, con rotación áreas prioritarias de formación recursos humanos: Centros de Salud, Anestesiología, Radiología y Patología. Durante el año a contratar se les brindará un curso de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria a la mitad de los contratados y un curso de especialización de Atención Primaria de Salud a la otra mitad, a fin de que al terminar el año, se sometan a plazas de oposición para realizar residencias médicas en Medicina Familiar, y Especialidades básicas: medicina interna, cirugía general, pediatría, gineco-obstetricia, anestesiología, radiología y traumatología.
3. Disminuir un 20% de deserción de las estudiantes de enfermería en todas las Escuelas de Enfermería del País.

Accesibilidad:

1. Contratar a la totalidad de parteras egresadas del Programa de Partería, y ubicarlas en su lugar de origen.
2. Contratar al 50% enfermeras egresadas de las escuelas técnicas universitarias de enfermería y auxiliares de enfermería y ubicarlas en su lugar de origen.

Aceptabilidad:

1. El 50% del personal de salud (enfermeras y parteras) egresado de las 8 regiones del país se contratará y se ubicará en su lugar de origen.
2. Se contratarán equipos básicos de salud compuestos por: médico, enfermeras, obstetras, parteras, técnicos de saneamiento básico y trabajadores comunitarios, para los municipios priorizados del Programa de Gobierno Plan Hambre Cero.

Calidad:

1. Revisión y actualización de todos los programas de especialidades médicas, que incluye todo el proceso académico y normativo.
2. Revisión, actualización y unificar los programas de pregrado de las diferentes Escuelas y Facultades de Ciencias de la Salud: Medicina.
3. Medición y seguimiento al programa unificado de Enfermería y que se está aplicando por todas las Escuelas de Enfermería a partir del año 2013.
4. Mantener un Programa de Capacitación Continua acorde a cada área de trabajo y región, según el Diagnóstico de Necesidades de Capacitación anual.

Aceptabilidad y Calidad:

1. Incentivos: recategorización de puestos especializados Coordinados por ONSEC durante el año 2014 se tiene programado el aumento salarial del 15% y los contratos del Renglón 18 y 029 disminuyen en un 30% y se transforman en contratos 011 y 029 a fin de disminuir la brecha de precariedad laboral
2. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en conjunto con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social están elaborando un Programa de Salud y Seguridad para los trabajadores que se implementará a partir del segundo trimestre del año 2014.
3. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se encuentra elaborando el Programa de Planeación Estratégica 2014--2019 que incluye Gestión por Resultados, Gestión de la Calidad y Satisfacción Laboral.

- 2) ¿Cómo va a llevar a cabo el seguimiento del progreso logrado en cuanto al cumplimiento de sus compromisos? ¿Qué indicadores va a controlar? ¿Qué fuentes de datos va a utilizar?

Se adjuntan tablas de control para los indicadores a seguir y con mediciones semestrales y evaluaciones anuales de los avances y evolución que se guarda.

Indicadores para:**Disponibilidad:**

- Razón de densidad de RHS: N° de médicos + enfermeras + parteras /total de la población de Guatemala a mitad de período x 10,000 habitantes
- % de médicos trabajando en atención primaria de salud: N° de médicos trabajando en atención primaria / número de médicos trabajando en el país
- % de trabajadores primarios de la salud que tienen competencias de salud pública e intercultural: N° total de trabajadores de APS con competencias en salud pública / número total de trabajadores de APS en el país x 100
- % de estudiantes de medicina y de enfermería que terminan la carrera en el tiempo previsto

Accesibilidad:

- Razón de densidad de RHS: N° de médicos + enfermeras + parteras /total de la población de Guatemala a mitad de período x 10,000 habitantes
- Personal de salud de atención primaria reclutado en sus propias comunidades: N° total de trabajadores de APS practicando en su propia comunidad / N° total de trabajadores de APS empleados en el país x 100

Aceptabilidad:

- % de médicos trabajando en atención primaria de salud: N° de médicos trabajando en atención primaria / número de médicos trabajando en el país
- Grado en que los equipos de atención primaria han sido desarrollados en cada una de las 8 regiones del país
- % de recursos humanos en salud trabajando en el área rural del país: Densidad de recursos humanos en salud: médicos, enfermeras y parteras por cada 10,000 habitantes en las áreas rurales del país / densidad de recursos humanos en salud. Médicos, enfermeras y parteras por cada 10,000 habitantes en las áreas urbanas.

Calidad:

- % de Universidades que han integrado en el currículo el eje de APS
- % de Universidades que han integrado en el currículo prácticas en APS
- % de Universidades que tienen estrategias de formación interprofesional en las escuelas de ciencias de la salud
- Porcentaje de universidades con programas específicos para estudiantes de poblaciones subtenidas
- % de programas específicos de formación de estudiantes que provienen de poblaciones indígenas, o que tienen escasos recursos o que viven en distancias geográficas inaccesibles
- Eficiencia de los cursos de capacitación continua: N° de cursos programados / N° de cursos realizados x 100

Aceptabilidad y Calidad:

- % de médicos y enfermeras que tienen empleo precario: Número total de médicos y enfermeras con condición de empleo precario / el número total de médicos y enfermeras que trabajan en el país x 100
- % de trabajadores en el Sector Salud cubiertos por medidas de salud y seguridad específicas para los riesgos de su tipo de trabajo: N° total de trabajadores en el SS cubierto por medidas de salud y seguridad / N° de trabajadores en el sector salud x 100
- % de gerentes de servicios y programas de salud con certificados de cursos de gerencia en salud: N° de gerentes con cursos de gerencia en salud certificados / total de gerentes dirigiendo unidades y programas de salud x 100

GUATEMALA: Propuestas de Vías de Compromiso en Materia de RHS

OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD
Instrumento de Precariedad Laboral

Datos Generales	
Nombre de la Institución:	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Elaborado por:	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Cargo:	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Departamento:	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Fecha:	<input style="width: 80%;" type="text"/>

No. De trabajadores por departamento y por renglón presupuestario										
	Renglón									Total
	011	021	022	029	031	036	182	189	419	
Alta Verapaz										
Baja Verapaz										
Chimaltenango										
Chiquimula										
El Progreso										
Escuintla										
Guatemala										
Huehuetenango										
Izabal										
Jalapa										
Jutiapa										
Petén										
Quetzaltenango										
Quiché										
Retalhuleu										
Sacatepéquez										
San Marcos										
Santa Rosa										
Sololá										
Suchitepéquez										
Tonicapán										
Zacapa										
Total										

Instrucciones:
Renglón: Favor colocar el número de renglón, según sean utilizados en la institución a la que representa.

		Administrativo	Operativo	Médicos	Enfermería Profesional	Auxiliar de Enfermería	Odontólogos	Nutriólogos	Psicólogos	Químicos Farmacéuticos
--	--	----------------	-----------	---------	------------------------	------------------------	-------------	-------------	------------	------------------------

1) Quelles sont les actions – voies en matière de ressources humaines pour la santé (RHS) sur lesquels votre pays/institution peut s'engager?

Systeme de gouvernance : Développer des capacités qui vont permettre au MSPP, au travers de sa DRH, d'exercer de manière durable un leadership mobilisateur pour la résolution des défis de ressources humaines en santé et une coordination efficace des actions des différents intervenants

- Assurer la diffusion et l'appropriation de la planification stratégique RH du MSPP
- Définir un plan et un budget de mise en œuvre de la planification stratégique
- Renforcer la DRH centrale
- Renforcer les services GRH décentralisés
- Mobiliser les acteurs politiques nationaux
- Mobiliser l'ensemble des acteurs nationaux et internationaux (comité stratégique)
- Consolider le partage des responsabilités en matière de GRH
- Définir un plan de suivi et de monitoring de la mise en œuvre de la planification stratégique
 - o Résultats attendus :
 - ✓ Une planification stratégique RH entérinée par l'État haïtien Conseil Supérieur de l'Administration et de la Fonction Publique)
 - ✓ Un comité stratégique responsable de la mise en œuvre de la planification stratégique et de son monitoring
 - ✓ Des responsabilités relatives à la GRH clairement définies (loi organique du MSPP)
 - ✓ Une DRH renforcée qualitativement et quantitativement
 - ✓ Une capacité de GRH renforcée au niveau décentralisée
 - o Entités responsables : Haute instance du MSPP, OMRH, DRH du MSPP

Systeme de planification et de dotation : Améliorer les capacités du MSPP en matière de planification des RHS de manière à lui permettre d'optimiser le niveau des effectifs sanitaires, leur répartition entre les secteurs de soins et leur distribution géographique et de garantir l'accès des populations à des services appropriés et de qualité dans l'ensemble des communes et sections communales

- Constituer un système d'information national relatif aux RH en santé (y intégrer les données des secteurs privés associatif et libéral)
- Constituer une équipe et une expertise en matière de PMO au sein de la DRH

- Mobiliser l'ensemble des acteurs nationaux et internationaux relativement afin de fédérer leur apport en matière de planification et de dotation
- Constituer une expertise technique en matière de PMO au sein du MSPP
- Élaborer un plan afin d'améliorer la répartition et la retentions des RH en santé
- Assurer le monitoring de l'accès aux soins de santé dans l'ensemble des départements
 - o Résultats attendus :
 - ✓ Un système d'information RH valide et accessible
 - ✓ Un modèle d'organisation des services appliqués
 - ✓ Une équipe de planification de main d'œuvre compétente
 - ✓ Des outils de modélisation de la planification de la main d'œuvre
 - ✓ Les différents apports des PTF en matière de RHS fédéré
 - ✓ Une répartition plus équitable des RHS sur le territoire national
 - o Entités responsables : Haute instance du MSPP et DRH

Systeme de formation : Développer les capacités nécessaires afin de permettre au MSPP de mettre en place, dans le cadre d'actions coordonnées avec le système éducatif, un corps professionnel doté des compétences requises pour fournir des services de santé de haute qualité

- Documenter de manière systématique les besoins en matière de production de main d'œuvre
- Maintenir le développement continu du référentiel des emplois et des compétences et en assurer son application
- Renforcer la capacité de régulation des institutions de formation en santé sur le territoire national
- Réviser le cadre légal régissant la formation supérieure
- Réviser le cadre légal du statut des institutions de santé à vocation universitaire
- Renforcer les programmes de formation pratique (service social, stages, résidences, ...)
- Renforcer les institutions de formation
- Augmenter la capacité de production de main d'œuvre
- Mobiliser l'action de l'ensemble des acteurs impliqués dans la formation de la main d'œuvre et la formation continue
- Doter le MSPP d'une stratégie nationale en matière de formation continue
 - o Résultats attendus :
 - ✓ Un répertoire des besoins et des capacités de formation de la main d'œuvre sanitaire

- ✓ Un référentiel des emplois et des compétences continuellement à jour et mis en application
- ✓ Des institutions et des programmes de formation accrédités
- ✓ Un cadre de régulation de la formation supérieure adéquat
- ✓ Des institutions de santé à vocation universitaire renforcées pour assumer pleinement leur fonction de formation
- ✓ Des programmes de formation pratique (internat, résidence, stage et le service social) renforcés
- ✓ Une concertation garantissant un programme de formation continue pertinent et adapté aux besoins du secteur
- Entités responsables : Haute instance du MSPP, DRH et DFPSS

Systeme d'administration du personnel et de la performance : Mettre en place des pratiques de gestion du personnel et des conditions de travail pouvant concourir à une utilisation optimale des différentes catégories de ressources disponibles et à l'amélioration de la motivation du personnel

- Réviser le Cadre réglementaire et légal d'exercice des professionnels en santé en fonction de la qualité des services souhaitée
- Mettre en place
- Doter le MSPP d'un programme de développement de carrière
- Doter le MSPP d'une politique de rémunération favorisant l'attraction et la rétention du personnel
- Définir les responsabilités GRH des différentes instances administratives du système
- Revoir les modalités d'organisation du travail
- Revoir les processus administratifs associés à la GRH
 - Résultats attendus :
 - ✓ Un programme d'appui aux associations professionnelles existantes pour favoriser l'émergence d'ordres professionnels chargés de la régulation de leurs membres
 - ✓ Des conditions globales de travail qui favorise la disponibilité de main d'œuvre qualifiée dans toutes les zones géographiques du pays
 - ✓ Un partage adéquat des responsabilités entre les différentes instances (centralisée et décentralisée) et un cadre d'imputabilité
 - ✓ Des modèles d'organisation du travail plus performants
 - ✓ Des processus administratifs renforcés (plus systématiques, plus rigoureux et plus transparent) et décentralisé
 - Entités responsables : Haute instances, OMRH et DRH

2) Comment allez-vous assurer le suivi des progrès vers l'achèvement de vos engagements ? (Quels indicateurs allez-vous suivre? Quelles sources de données allez-vous utiliser)?

Mise en œuvre de la planification stratégique

- Un programme de monitoring de la mise en œuvre de la planification stratégique doit être développé par le comité stratégique. À cette étape, ce programme n'a pas encore été défini même si déjà certains indicateurs sont disponibles

Répartition plus équitable des ressources (accessibilité des services)

- Catégories d'indicateurs
 - o Disponibilité des effectifs (principaux prestataires) par zone géographique (SIGRH)
 - o Mouvements du personnel (nomination ou transfert) pour la dotation de zones éloignées ou de prestataires spécifiques (SIGRH)
 - o Dépenses associées à des programmes de dotation spécifiques (SIGRH, DAB)

Augmentation de la qualité et de la capacité de formation

- Catégories d'indicateurs
 - o L'accréditation des programmes et des institutions (Source de données à définir)
 - o Capacité de formation selon les filières (Source de données à définir)
 - o Capacité d'accueil pour la formation pratique (Source de données à définir)
 - o Nombre de nouveaux diplômés en fonction des catégories de prestataires (Source de données à définir)
 - o Nombre d'activités de formation pratique (SIGRH et source de données à définir)
 - o Participation aux activités de formation continue (SIGRH)

Amélioration des pratiques de gestion des ressources humaines

- Catégories d'indicateurs
 - o Quantité de différentes procédures de GRH (SIGRH)
 - o Dépenses associées à la GRH (SIGRH, DAB)
 - o Dépenses associées à la formation des cadres en GRH (SIGRH, DAB)

1) ¿Con qué acciones e intervenciones relacionadas con los recursos humanos para la salud (RHS) se quiere comprometer su país/institución?

Con el propósito de avanzar en la extensión de la cobertura en salud, de aumentar el acceso a personal sanitario de calidad, de reducir las muertes maternas e infantiles, de controlar otros problemas de salud pública y de reducir las desigualdades en salud, el MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ se comprometa a:

1. Realizar acciones que garanticen un liderazgo sólido en materia de desarrollo y gestión de los RHS, fundamentado en información y pruebas, y apoyado en el respaldo político del más alto nivel y con un nivel de inversión adecuado; entre ellas, mejorar las condiciones para mantener una información actualizada para la gestión de los recursos humanos. 2015.
2. Trabajar en asegurar un suministro adecuado y equitativo de trabajadores de salud cualificados, que responda a las necesidades socioculturales de la población en todas las áreas, principalmente en aquellas donde la cobertura es significativamente baja; a través de:
 - a. El establecimiento y fortalecimiento de una Comisión Nacional de RHS que analice y proponga las acciones estratégicas en materia de planificación, gestión y desarrollo de RHS.
 - b. Revisión del plan de incentivos para personal sanitario en áreas apartadas, para el año 2015.
3. Garantizar una absorción adecuada de los nuevos RHS que acaban de terminar su formación, a través del aumento de las plazas para médicos, médicos especialistas, enfermeras, técnico en control de vectores y promotores de salud.

Garantizar actualizaciones regulares y un mayor desarrollo de las competencias de los RHS a través de formación en el empleo, mediante el fortalecimiento de la Unidades Docentes Regionales (UDR), en cada Región de Salud del país para el año 2014.

2) ¿Cómo va a llevar a cabo el seguimiento del progreso logrado en cuanto al cumplimiento de sus compromisos? ¿Qué indicadores va a controlar? ¿Qué fuentes de datos va a utilizar?

Para el seguimiento se utilizarán los siguientes mecanismos

Indicadores para el compromiso 1:

- Existencia de una unidad de RHS y su nivel de desarrollo
- Existencia de un mecanismo de coordinación nacional funcional para el sistema de seguimiento e información sobre RHS

Indicadores para el compromiso 2:

- Existencia y fortalecimiento de la Comisión Nacional de RHS
- Distribución de RHS por área geográfica adecuada
- Ratio de la densidad de RHS en las zonas rurales / densidad de RHS en las zonas urbanas del país

Indicadores para el compromiso 3:

- Proporción de profesionales recién formados que entran a trabajar en el sector sanitario
- Proporción de agentes de salud formados a nivel nacional

Indicadores para el compromiso 4:

- Existencia de la Unidad Docente Nacional (UDN)
- Existencia de Unidades Docentes Regionales en cada Región de Salud del país.

Los datos serán proporcionados por la Dirección Nacional de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, por la Dirección Ejecutiva Nacional de Recursos Humanos de la Caja de Seguro Social y por el Instituto Nacional de Estadística de la Contraloría General de la República.

1) ¿Con qué acciones e intervenciones relacionadas con los recursos humanos para la salud (RHS) se quiere comprometer su país/institución?

Responsable: DNERHS

Acción 1: Fortalecimiento de la capacidad de conducción política y técnica de los RHS:

Cursos de Gerencia en Sistemas y Servicios de Salud, Curso de Alta Dirección en Sistemas y Servicios de Salud.

Cursos de Gestión de Recursos Humanos de la Salud

Cursos de actualización con enfoque en la APS: en Protocolos de Atención (PARTO SEGURO/AIEPI, VIH/SIDA, Tuberculosis) y Seguridad del Paciente.

Objetivo: mejorar la formación de los directivos y otros profesionales del Sistema Nacional de Salud para GESTION SOCIAL y brindar un servicio excelente.

Fechas: noviembre 2013 a diciembre 2014

Acción 2: Carrera Sanitaria

Continuar los trabajos para lograr la aprobación del Proyecto de Ley de la Carrera Sanitaria.

Objetivo: Mejorar las condiciones laborales de todos los RHS, disminuir la precarización laboral, lograr beneficios (jubilación, seguro de salud), tener un instrumento de política y gestión.

Fechas: noviembre 2013 a diciembre 2014.

Acción 3: Cibersalud

Lograr la instalación de infraestructuras para la Cibersalud, para reforzar los sistemas sanitarios y desarrollar las TICs aplicadas a la salud, en todas las Regiones Sanitarias del país y aplicación de la plataforma de Telemedicina generando sinergia para el mejoramiento de las competencias de los recursos humanos en servicios

Objetivo: Optimizar la atención y mejorar la gestión en todos los niveles de la Red de Servicios de Salud

Fechas: marzo 2014 – diciembre 2014

2) ¿Cómo va a llevar a cabo el seguimiento del progreso logrado en cuanto al cumplimiento de sus compromisos? ¿Qué indicadores va a controlar? ¿Qué fuentes de datos va a utilizar?

Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos de la Salud (DNERHS) responsable de la coordinación y conducción política y técnica
Desarrollo de una matriz de objetivos estratégicos con resultados, actividades y cronogramas definidos

Indicadores:

- Registro de participantes en los cursos.
- Número de aprobados.
- Planillas, fichas de inscripción.
- Registro de actividades en la plataforma virtual.
- Realización del ROI al finalizar las capacitaciones: retorno de la Inversión.
- Ley de Carrera Sanitaria aprobada
- Infraestructuras para la Cibersalud instaladas y funcionando en las XVIII Regiones Sanitarias del país
- Instalación de la plataforma de Telemedicina a través de un modelo piloto

1) ¿Con qué acciones e intervenciones relacionadas con los recursos humanos para la salud (RHS) se quiere comprometer su país/institución?

1. Implementación de una nueva política integral de remuneraciones basada en mérito, desempeño y riesgo según el nivel de atención.
2. Estrategias para disminuir las brechas cuantitativas y cualitativas de recursos humanos en salud a nivel nacional y regional.
3. Aplicación de esquemas de incentivos no monetarios para reclutar y retener al personal que labore en las zonas de menor desarrollo relativo.
4. Fortalecimiento del sistema de información de Recursos Humanos en Salud a nivel nacional y sub-nacional (INFORHUS).
5. Fortalecimiento de las competencias en el primer nivel de atención a través del Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitario.

2) ¿Cómo va a llevar a cabo el seguimiento del progreso logrado en cuanto al cumplimiento de sus compromisos? ¿Qué indicadores va a controlar? ¿Qué fuentes de datos va a utilizar?

El seguimiento del progreso se hará a través del Observatorio de RRHH del país (<http://www.observatoriorh.org/peru/>)

Los indicadores a usar serán las 20 metas e indicadores regionales de Recursos Humanos.

Las fuente de datos serán provistos por el Observatorio de Recursos Humanos en Salud del país.

1) ¿Con qué acciones e intervenciones relacionadas con los recursos humanos para la salud (RHS) se quiere comprometer su país/institución?

De acuerdo con los compromisos firmados por los Ministros de salud en la 27.a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA el 5 de octubre de 2007, contenidos en la RESOLUCIÓN CSP27.R7, y basados en las experiencias y lecciones aprendidas producto de los procesos de evaluación llevados a cabo en la región durante la última década, y más recientemente el análisis de programas prioritarios de RHUS, el Ministerio de Salud de República Dominicana se compromete con:

1. Relevar y ratificar la medición y monitoreo del avance de las Metas Regionales En Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015 buscando profundizar en aquellos aspectos que el país ha logrado mayores desarrollos.
2. Desarrollo de procesos para la aplicación de un modelo de gestión eficiente de recursos humanos con énfasis en:
 - a. Impulsar la Ley de Carrera Sanitaria.
 - b. Institucionalización de política de gestión de recursos humanos que impacte la productividad, calidad en los servicios y cobertura universal,
 - c. tales como: Políticas de incentivos, políticas de gestión del desempeño, políticas de reclutamiento y selección.
3. Al 2015 el MSP habrá identificado mecanismos para elevar el nivel profesional y competencias para los RHUS
4. Conformación y consolidación de una masa crítica de líderes con competencias especializadas en la gestión de la planificación y las Políticas de recursos humanos a nivel central y en los niveles descentralizados.
5. Fortalecer la función de rectoría y conducción estratégica de recursos humanos, mediante la promoción y convergencia de las políticas de los sistemas y servicios de salud y de coordinación intersectorial para la renovación de la Atención Primaria de Salud (APS) y el logro de la Cobertura Universal de Salud (CUS).

2) ¿Cómo va a llevar a cabo el seguimiento del progreso logrado en cuanto al cumplimiento de sus compromisos? ¿Qué indicadores va a controlar? ¿Qué fuentes de datos va a utilizar?

Indicadores

No. Del COMPROMIOSO	INDICADORES	PERIODO DE CUMPLIMIENTO
1	- Sistema de monitoreo de las metas regionales	tercer trimestre del 2014
2	- Reintroducir el proyecto de Ley de Carrera Sanitaria	segundo trimestre 2014
	- Número de Mesas de trabajo para el elaboración de los reglamentos de la Ley de Carrera Sanitaria	tercer trimestre 2014
	- Existencia de un Manual de Políticas y procedimientos para la gestión de los RHUS.	cuarto trimestre 2014
	- Mapa de procesos definidos para la gestión de RHUS	final de Primer trimestre 2014
3	- Realizar un mapa de actores de formación para los RHUS	cuarto trimestre 2014
	- Diagnostico de situación de la formación para los RHUS	primer trimestre año 2015
4	- Número de RRHH capacitados en el nivel central y en las áreas descentralizadas.	primer trimestre 2015
5	- La DGRH dispone de Plan estratégico, orientado a su nuevo rol rector	Cuarto trimestre 2013
	- Disponibilidad de manuales de políticas y procedimientos para el nivel centra y los niveles descentralizados,	
	- d) Se habrá establecido una mesa de coordinación intersectorial	

Se utilizará el sistema de monitoreo de cumplimiento de las metas que OPS, en coordinación con los países, viene aplicando desde el 2009 y que incluye un conjunto de 20 indicadores 4 cuantitativos y 16 cualitativos medidos a través de una metodología estandarizada ya en la región, a fin de mantener la cultura de medición y estimular el compromiso de los países para alcanzar objetivos sobre metas concretas” para la Agenda post 2015

http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/manual_medicion_v2013.pdf



HRH commitment pathways
SURINAME
Ministry of Health / Diakonessen Hospital

1) What human resources for health (HRH) - related actions and pathways can your country/ institution commit to?

- National policy development, education and training.
- Nationally increased number of nurses in training.
- In house hospital training started en expanded with specialized areas for infection and chemotherapy

2) How will you monitor progress towards achievement of your commitment pathways (What indicators will you track? What data sources will you use)?

Output indicators of training provided and policy developed.

Outcome that the trained personnel is making a contribution

1) ¿Con qué acciones e intervenciones relacionadas con los recursos humanos para la salud (RHS) se quiere comprometer su país/institución?

1° ACCIÓN - Dimensión Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Uruguay

Fortalecer el andar del Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Uruguay (ORHSU).

2° ACCIÓN - Dimensión Proceso de Formación de los RHS

Fortalecer los espacios de intercambio de estrategias para el desarrollo de los RHS entre el MSP y las Instituciones que regulan la formación de trabajadores de la salud.

3° ACCIÓN - Dimensión Estructura de la Fuerza de Trabajo

Contribuir a la formulación de una política de dotación de recursos humanos de enfermería, a fin de mejorar la calidad de la atención de salud de la población. Acción conjunta MSP, UdelaR (Fac. de Enfermería), OPS y Ministerio de Salud de Brasil.

2) ¿Cómo va a llevar a cabo el seguimiento del progreso logrado en cuanto al cumplimiento de sus compromisos? ¿Qué indicadores va a controlar? ¿Qué fuentes de datos va a utilizar?

1° ACCIÓN

- Incentivar, coordinar y movilizar espacios para la producción y análisis de información sobre los RHS entre las distintas Instituciones que componen el campo de la Salud.
- Construir estrategias activas y colaborativas para el desarrollo de los RHS dentro de la órbita del ORHSU.
- Fortalecer el Rol rector del MSP en el ámbito de la formación, a partir de convenios con las Instituciones Formadoras de RHS que integran el ORHSU.
- Indicadores de resultados: Numero de Comisiones Técnicas trabajando, N° de Boletines, investigaciones realizadas en ORHSU.

2° ACCIÓN

- Promover la formación de grupos interinstitucionales entre Ministerios (MSP y Ministerio de Educación y Cultura (MEC)) para la implementación de acciones de mejora de la formación de los RHS.
- 1° acción generar aportes para la elaboración de un nuevo perfil de los y las auxiliares de enfermería en el marco de la modificación de la ordenanza 930 de 1981. (Reorientación de la formación de las Auxiliares de Enfermería para el Primer de Atención con base en desarrollo de la APS).
- Año de referencia para resultados esperados 2015 (Escuelas de enfermería - formación de auxiliares con nuevo perfil entre 900 y 1.000 auxiliares formadas para ese año, incremento de un 4% de la población de auxiliares de enfermería)
- Fuentes de datos a utilizar: Sistemas de información del MSP: Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales de la Salud (SHARPS) – Registros de egresos de las Escuelas formadoras de Auxiliares de Enfermería)

3° ACCIÓN

- Obtener, actualizar y profundizar la información estratégica sobre la fuerza de trabajo de enfermería.
- Realización de un estudio descriptivo de las características de formación y condiciones de trabajo del personal de enfermería.
- Fuente de datos primaria: Aplicación de un cuestionario estandarizado a una muestra representativa del personal de enfermería a partir de un marco Censal (Censo en transcurso).
- Cuestionario estructurado por zona, condición laboral y categoría profesional.
- Aplicación del cuestionario entre los meses marzo y mayo 2014.
- Finalización de proyecto agosto 2014.