



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

# “Desarrollo de los Recursos Humanos de la Salud en el Contexto Global: Desafíos para el desarrollo Sostenible y la Estrategia Global de desarrollo de RHUS de la OMS al 2030”

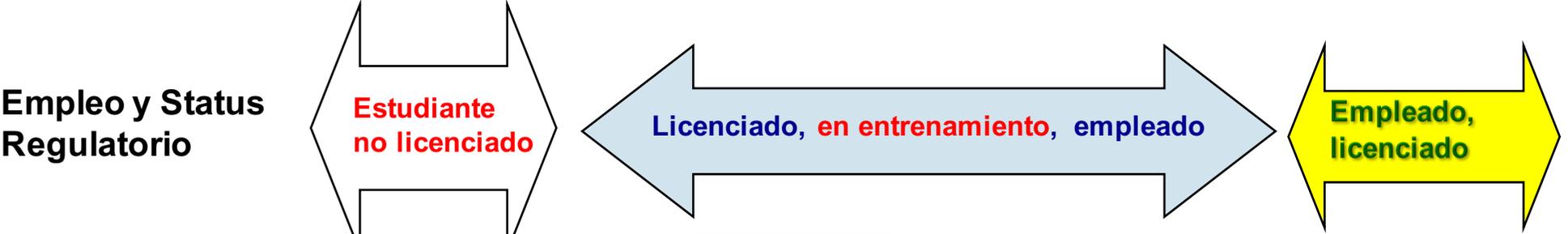
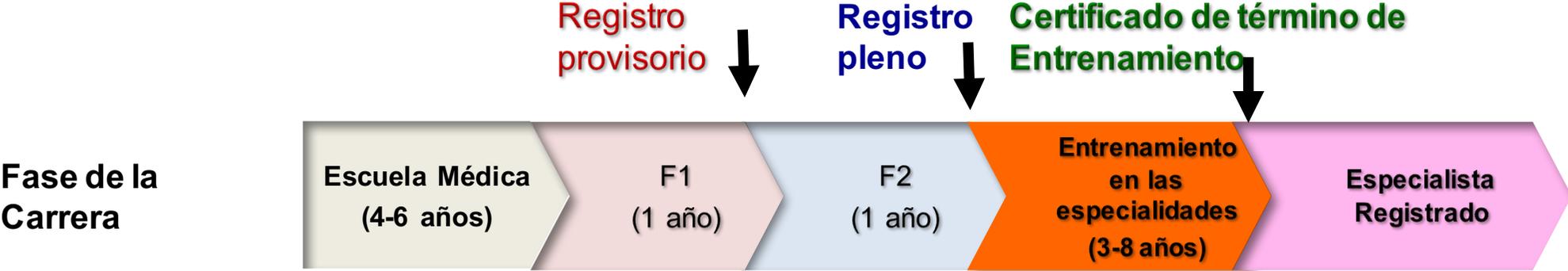
*Fernando Menezes da Silva,  
Jefe, Unidad de Recursos Humanos para la Salud  
Departamento de Sistemas y Servicios de Salud,  
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud  
Washington DC EEUU*

# Recomendaciones globales de políticas para RHS

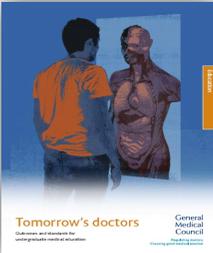
OMS, 2010

Tipo de intervención	Ejemplos de OMS	Ejemplos de Centro America y Republica Dominicana
<b>A. Intervenciones Educativas</b>	A1 Alumnos provenientes del medio rural A2 Escuelas de Ciencias de la Salud fuera de las ciudades principales A3 Rotaciones clínicas en zonas rurales durante la formación A4 Problemas rurales reflejados en el programa de estudios A5 Desarrollo profesional permanente de los trabajadores de salud rurales	
<b>B. Intervenciones regulatorias</b>	B1 Ampliación del ámbito de práctica B2 Diferente tipo de trabajadores de salud B3 Servicio obligatorio B4 Devolución de becas mediante trabajo en zonas rurales	
<b>C. Incentivos financieros</b>	C1 Incentivos salariales apropiados	
<b>D. Gestión, ambiente y apoyo social</b>	D1 Mejores condiciones de vida D2 Ambientes de trabajo seguros y amigables D3 Apoyo externo accesible D4 Programas de desarrollo de una Carrera D5 Redes profesionales D6 Acciones de reconocimiento público	

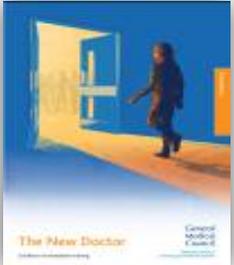
# Diseño de la estructura de formación y carrera en el Reino Unido



**Padrón Educativo: quien determina y evalúa**



**GMC, academia**



**GMC, MS**



**PMETB**  
**Royal Colleges**

# No health workforce, no global health security

Global health security depends on many factors—robust disease surveillance systems, reliable health information, prevention, diagnostic, and treatment services, financing, and strong political commitment. But without skilled health professionals, who should be valued and protected everywhere, to act as the first line of defence of individual health security, other efforts will be in vain. That is why we endorse the Workforce 2030 strategy and hope that WHO's member states will too. There can be no health security without a skilled health workforce. That is the lesson of Ebola that remains to be learned. ■ *The Lancet*

For the **Public Policy** by David Heymann and colleagues see *Lancet* 2015; 385: 1884–901

For the **Editorial** on human resources for health see *Lancet* 387: 1591

For the **draft Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030** see [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_38-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_38-en.pdf)

For the **Commission on Health Employment and Economic Growth** see <http://www.who.int/hrh/com-heeg/en/>

# Delivering on the promise of universal health coverage

A new initiative to focus on improving healthcare delivery systems

Ashish Jha *director*<sup>1</sup>, Fiona Godlee *editor in chief*<sup>2</sup>, Kamran Abbasi *international editor*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Harvard Global Health Institute, Cambridge, MA 02138, USA ; <sup>2</sup>*The BMJ*, London, UK

1. Los esfuerzos para mejorar la eficacia de los servicios de salud en los países de ingresos medios y bajos
2. Análisis comparativo de los sistemas de financiación
3. Los efectos intencionales y no intencionales de políticas y intervenciones
4. La ampliación y la amplia aplicabilidad de las estrategias de ejecución
5. Los mecanismos legales que apuntan a mejorar la rendición de cuentas
6. Las estrategias de medición para entornos complejos.

# Nuevos paradigmas en la complejidad

- En sistemas complejos, cambios y transformaciones se hacen de la noche a la mañana. Sin embargo, las condiciones para el cambio desarrollarse a largo plazo y ya vienen aconteciendo.
- En la formulación de políticas públicas debemos identificar y usar estas condiciones, crearlas y recrearlas.

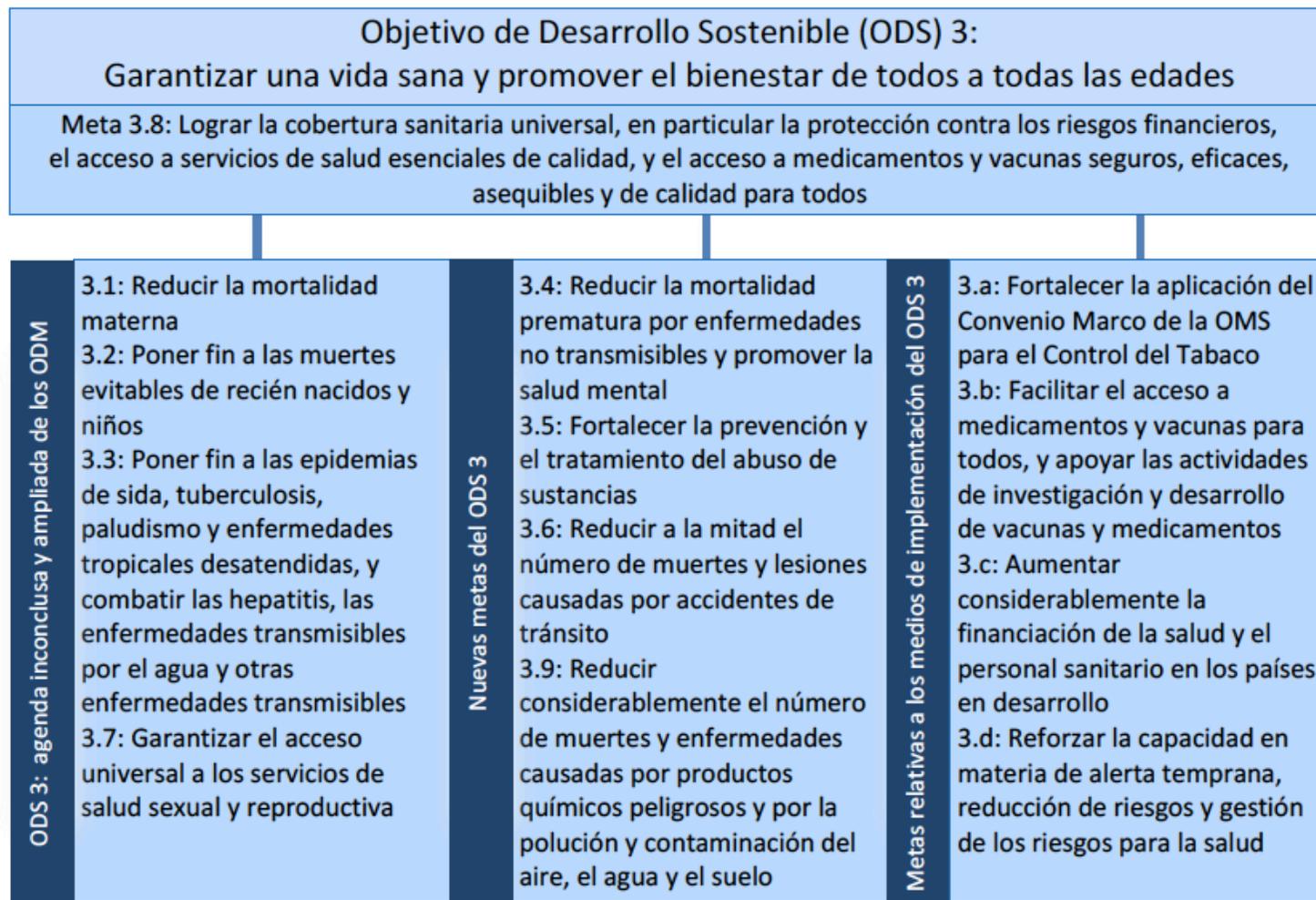


# OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE



Producido en colaboración con **TROLLBÄCK+COMPANY** | [TheGlobalGoals@trollback.com](mailto:TheGlobalGoals@trollback.com) | +1.212.529.1010  
Para cualquier duda sobre la utilización, por favor comuníquese con: [dpicampaigns@un.org](mailto:dpicampaigns@un.org)

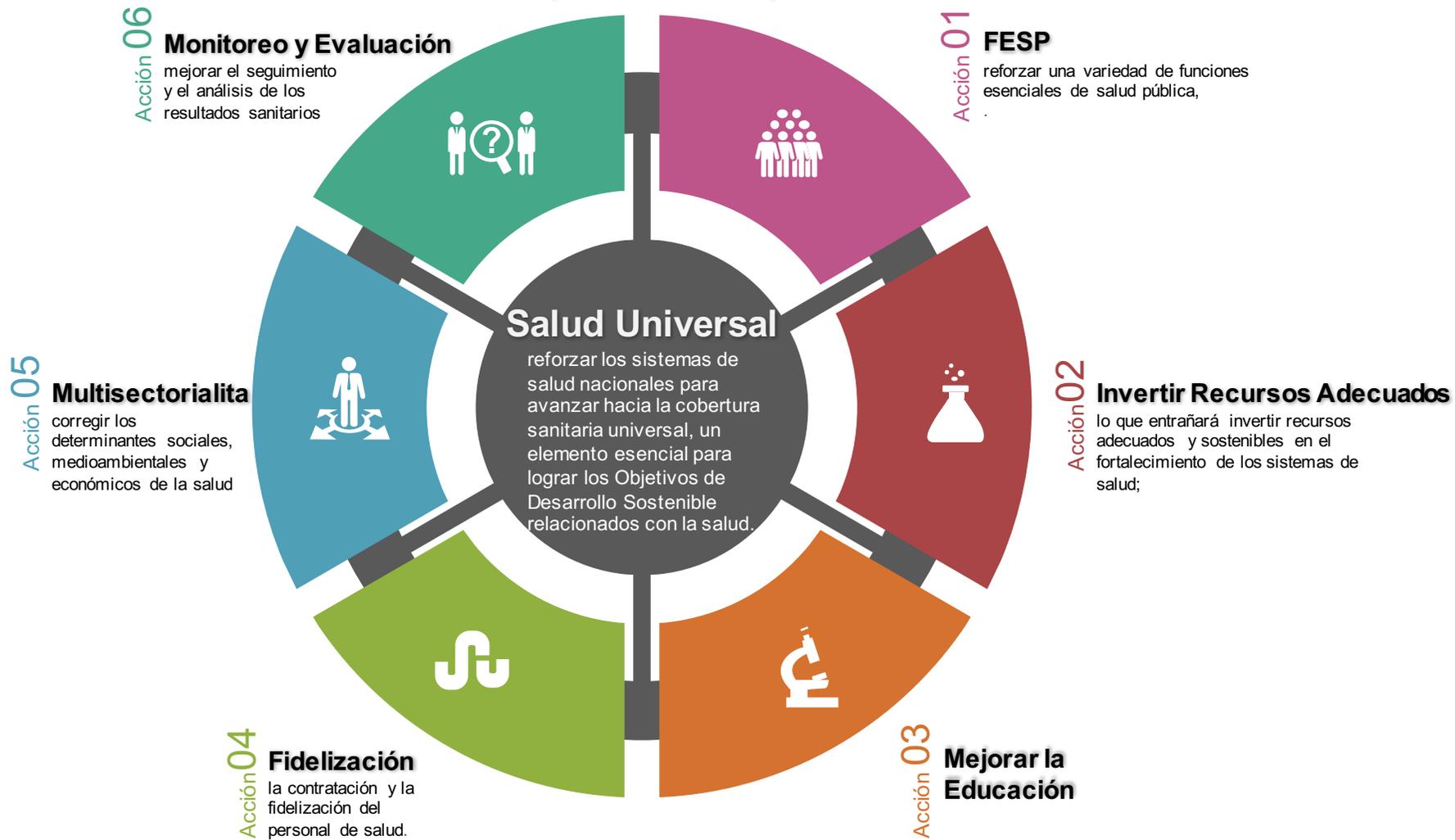
**Figura 1. Marco para el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, relativo a la salud y el bienestar, y sus metas en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**



Interacciones con ODS económicos y otros ODS sociales y medioambientales, y ODS 17 sobre fortalecimiento de medios de implementación

# La salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

## Informe de la Secretaría (WHA69/15): Las seis necesidades





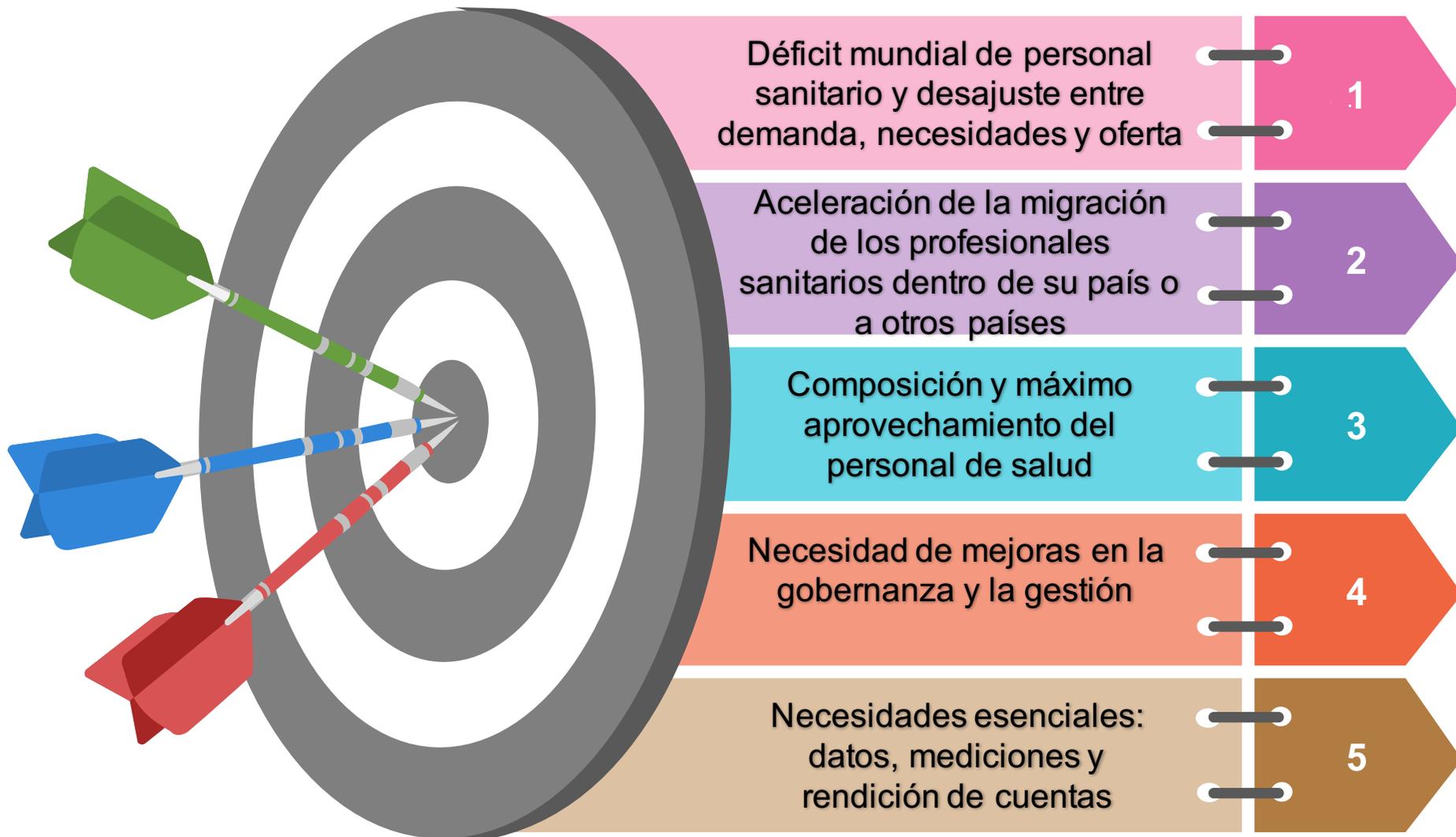
## **Personal y servicios de salud**

### **Proyecto de estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030**

#### **Informe de la Secretaría**

1. En mayo de 2014, la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA67.24, Seguimiento de la Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria universal. En el párrafo 4(2) de esa resolución, los Estados Miembros pidieron a la Directora General de la OMS que elaborara una nueva estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud y la sometieran al examen de la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud.

# Desafíos Actuales (OMS, A69/38, 2016)



# Soluciones para los desafíos actuales: déficit y desajuste

Formar a los futuros profesionales de la salud en cantidad, calidad y pertinencia necesarias

Redirección de los cuidados desde los hospitales a otros entornos y su prestación en equipos flexibles y multidisciplinares con las competencias y ámbito profesional adecuados.

Comisión de alto Nivel sobre empleo en el sector salud.

Un compromiso intersectorial que reconozca en la formación, contratación, movilización y fidelización del personal de salud un motor para el crecimiento integrador y la prosperidad

**Tener respuestas innovadoras a los modelos de prestación de atención y formación**



# Soluciones para los desafíos actuales: aceleración de la migración

Utilizar los principios y artículos del Código de prácticas mundial de la OMS

Movilizar y fidelizar al personal sanitario en zonas rurales, remotas o con pocos servicios

Cumplimiento de las reglas mínimas de la OIT para el trabajo decente.

Se necesitarán nuevos modelos de formación de los profesionales de la salud y estrategias de prestación de servicios

**Tener respuestas innovadoras a los modelos de prestación de atención y formación**



# Soluciones para los desafíos actuales: composición y aprovechamiento

Impulsar al máximo el potencial de los profesionales de nivel medio y comunitarios

Formación interprofesional

Colaboración mas estrecha con el sector privado, aprovechar al máximo al personal de salud

Regular y incentivar el sector privado a fin de que este mas estrechamente armonizado con los objetivos de salud del sector ppúblico

**Tener respuestas innovadoras a los modelos de prestación de atención y formación**



# Soluciones para los desafíos actuales: mejorar gobernanza y gestión

Fortalecimiento de la capacidad institucional

Aplicación de los mecanismos de gobernanza mundiales en materia de salud

Gobernanza eficaz con compromiso político y rendición de cuentas en lo nivel mas alto de gobierno.

Formación de capacidades técnicas y de gestión para que las decisiones se traduzcan en una aplicación eficaz

**Tener respuestas innovadoras a los modelos de gobernanza, gestión y programas nacionales sobre recursos humanos para la salud**



# Soluciones para los desafíos actuales: Datos, mediciones y rendición de cuentas

Mejorar los datos para fundamentar la elaboración, aplicación, vigilancia, evaluación de repercusiones y actualización continua de las estrategias relativas al personal de salud

Armonizar las políticas relativas al mercado laboral del sector sanitario con las prioridades normativas de gobernanza, rendición de cuentas y equidad

Influir en las decisiones programáticas relacionadas con la cobertura sanitaria universal.

Apoyar con un medición y un marco de rendición de cuentas

**Tener respuestas innovadoras a los modelos de sistemas integrados de información**



<p>Metas de referencia mundiales (de aquí a 2020)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los países contarán con mecanismos institucionales integradores para coordinar un programa intersectorial sobre el personal de salud.</li> <li>• Todos los países dispondrán de una unidad de recursos humanos para la salud que se encargue de elaborar y supervisar las políticas y planes.</li> <li>• Todos los países contarán con mecanismos de reglamentación para promover la seguridad de los pacientes y una supervisión adecuada del sector privado.</li> <li>• Todos los países habrán establecido mecanismos de acreditación para las instituciones de formación sanitaria.</li> <li>• Todos los países estarán avanzando en los registros del personal sanitario para el seguimiento de las reservas, la formación, la distribución, los flujos, la demanda, la capacidad y la remuneración del personal de salud.</li> <li>• Todos los países estarán avanzando en el intercambio de datos sobre los recursos humanos para la salud mediante cuentas nacionales del personal de salud y presentarán anualmente a la Secretaría de la OMS los indicadores básicos.</li> <li>• Todos los organismos bilaterales y multilaterales estarán reforzando la evaluación del personal de salud y el intercambio de información.</li> </ul>
<p>Metas de referencia mundiales (de aquí a 2030)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los países estarán avanzando para reducir a la mitad las desigualdades en el acceso a un profesional de la salud.</li> <li>• Todos los países habrán hecho progresos en la mejora de las tasas de finalización de las carreras en las instituciones de formación de profesionales médicos, de enfermería y disciplinas sanitarias afines.</li> <li>• Todos los países estarán avanzando para reducir a la mitad su dependencia de los profesionales sanitarios formados en el extranjero, con la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS.</li> <li>• Todos los organismos bilaterales y multilaterales estarán fomentando las sinergias en la asistencia oficial para el desarrollo destinada a la formación, el empleo, la igualdad entre el hombre y la mujer y la salud, en apoyo de las prioridades nacionales en materia de crecimiento económico y de empleo en el sector de la salud.</li> <li>• Como asociados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, habrán reducido los obstáculos al acceso a los servicios de salud, esforzándose por crear, cubrir y mantener al menos 10 millones de puestos de trabajo adicionales a tiempo completo en los sectores de la salud y la atención social, con miras a atender las necesidades de las poblaciones subatendidas.</li> <li>• Todos los asociados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas habrán hecho progresos en la consecución del Objetivo 3c para incrementar la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario.</li> </ul>

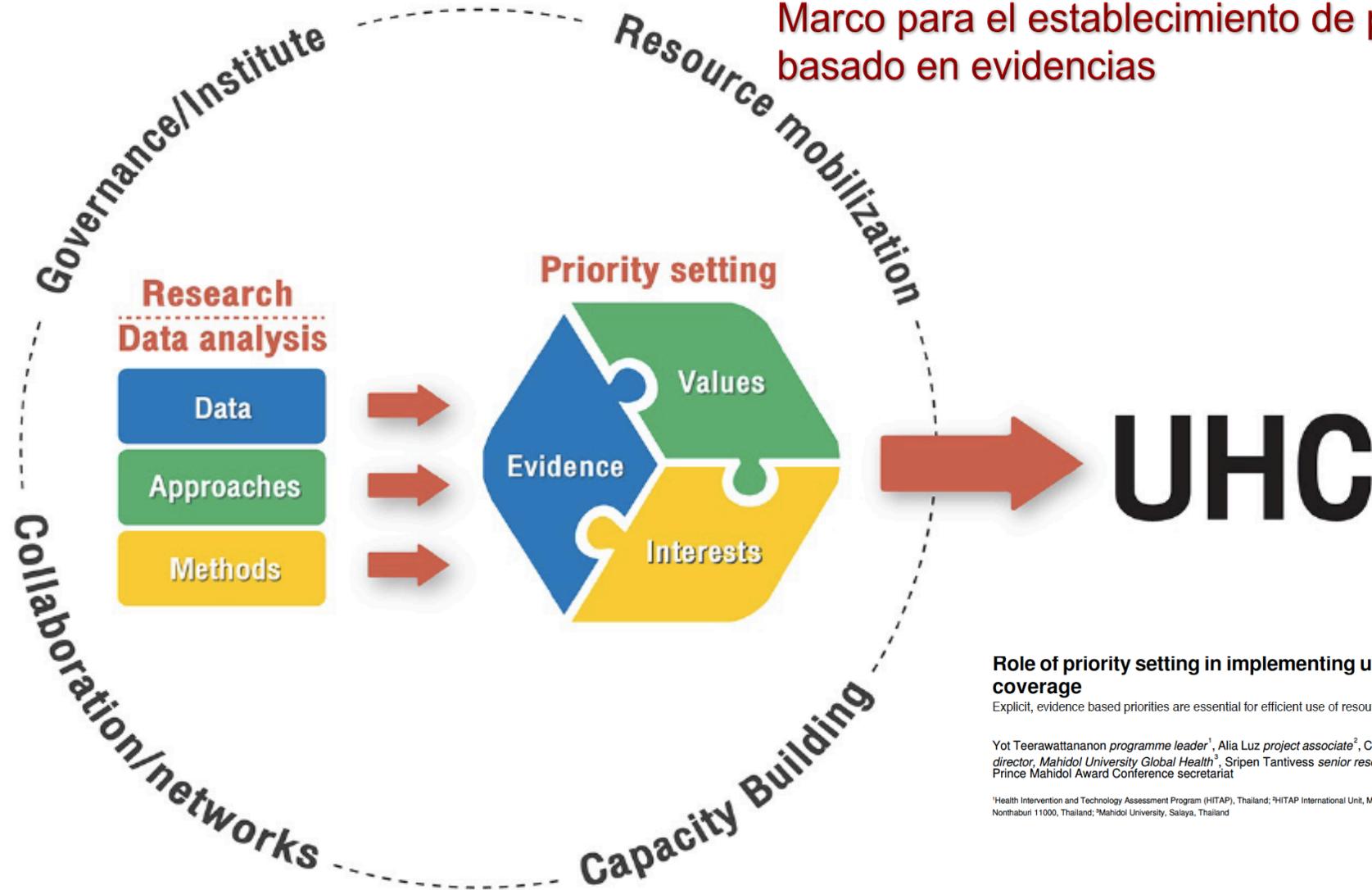
## COMPARAÇÃO DA RELAÇÃO VAGA DE INGRESSANTE/10.000 HABITANTES EM DIFERENTES PAÍSES (2011)

PAÍS	FONTE DE REFERÊNCIA PARA EDUCAÇÃO MÉDICA	NÚMERO DE INGRESSANTES EM 2011	POPULAÇÃO EM 2011	RELAÇÃO Nº INGRESSANTES/ 10.000 HABITANTES	% DE MÉDICOS GRADUADOS NO EXTERIOR DO TOTAL DE REGISTRADOS
ESTADOS UNIDOS	AAMC- American Association of Medical Colleges	21.230 + Off Shore	311.800.000	1.6	25.9% (OECD, 2009)
INGLATERRA	HEFCE- Higher Education Council for England	7.871	53.000.000	1.5	37% (Reino Unido, General Medical Council, 2011)
AUSTRÁLIA	Medical Deans of Australia	3.035 (2012)	21.727.158	1.4	22,8% (OECD, 2009)
CANADÁ	Association of Faculties of Medicine of Canada	2.829	33.476.688	0.8	17,9% (OECD, 2009)
BRASIL	Ministério da Educação MEC	16.482 (censo 2011)	196.526.293	0.84	1,79% (CFM)

*“Un desarrollo disociados de su contexto humano y cultural es un crecimiento sin alma.... La cultura, por importante que sea como instrumento del desarrollo, no puede ser relegada a una función subsidiaria de simple promotora del crecimiento económico. El papel de la cultura no se reduce a ser un medio para alcanzar fines, sino que constituye la base social de los fines mismos. El desarrollo y la economía forman parte de la cultura de los pueblos”.*



# Marco para el establecimiento de prioridades basado en evidencias



## Role of priority setting in implementing universal health coverage

Explicit, evidence based priorities are essential for efficient use of resources

Yot Teerawattananon *programme leader*<sup>1</sup>, Alia Luz *project associate*<sup>2</sup>, Churnrurai Kanchanachitra *director, Mahidol University Global Health*<sup>3</sup>, Sripen Tantivess *senior researcher*<sup>1</sup>, On behalf of the Prince Mahidol Award Conference secretariat

<sup>1</sup>Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), Thailand; <sup>2</sup>HITAP International Unit, Ministry of Public Health, Mueang, Nonthaburi 11000, Thailand; <sup>3</sup>Mahidol University, Salaya, Thailand

# Cuatro bloques de construcción para el establecimiento de prioridades

BMJ 2016;352:i244 doi: 10.1136/bmj.i244 (Published 26 January 2016)



# Construyendo desde los cinco desafíos regionales de RHS: Necesidades originadas en la medición de metas de Toronto

01

Definir políticas y planes de recursos humanos de largo plazo

**Necesidad** de planificación y previsión de recursos humanos de salud  
**Necesidad** de información y Sistemas de datos

02

Ubicar a las personas adecuadas en los lugares correctos

**Necesidad** de contar con una distribución equitativa del personal en cantidad y calidad.

03

Dotación adecuada de acuerdo a las necesidades del país

**Necesidad** de la autosuficiencia y la adopción de un código ético para la contratación de RHS  
**Necesidad** de mejorar la gobernabilidad: unidades los RHS en todos los países

04

Promover ambientes de trabajo saludables

**Necesidad** de políticas de regulación: contratos, directrices

05

Cooperación entre instituciones: educación y salud

**Necesidad** de reorientación de la educación y la formación  
**Necesidad** de trabajo intersectorial, principalmente los sectores de educación y salud

Ministerio de  
Salud



Presidencia  
de la Nación



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICIO REGIONAL PARA LAS  
Américas



# **Construyendo una nueva Agenda de Recursos Humanos para la Salud**

Los equipos de salud ante  
nuevos y renovados desafíos

**Buenos Aires, Argentina  
30 de agosto al 3 de septiembre 2015**



# Contribuciones para la nueva agenda de RHS – Buenos Aires 2015

## Liderazgo y Gobernanza

Fortalecer la capacidad de liderazgo y gobernanza de la autoridad nacional RHS como un factor esencial para la definición políticas y planes de recursos humanos a largo plazo que incluyen tanto una perspectiva intra-sectorial e intersectorial;

## Acceso y Calidad

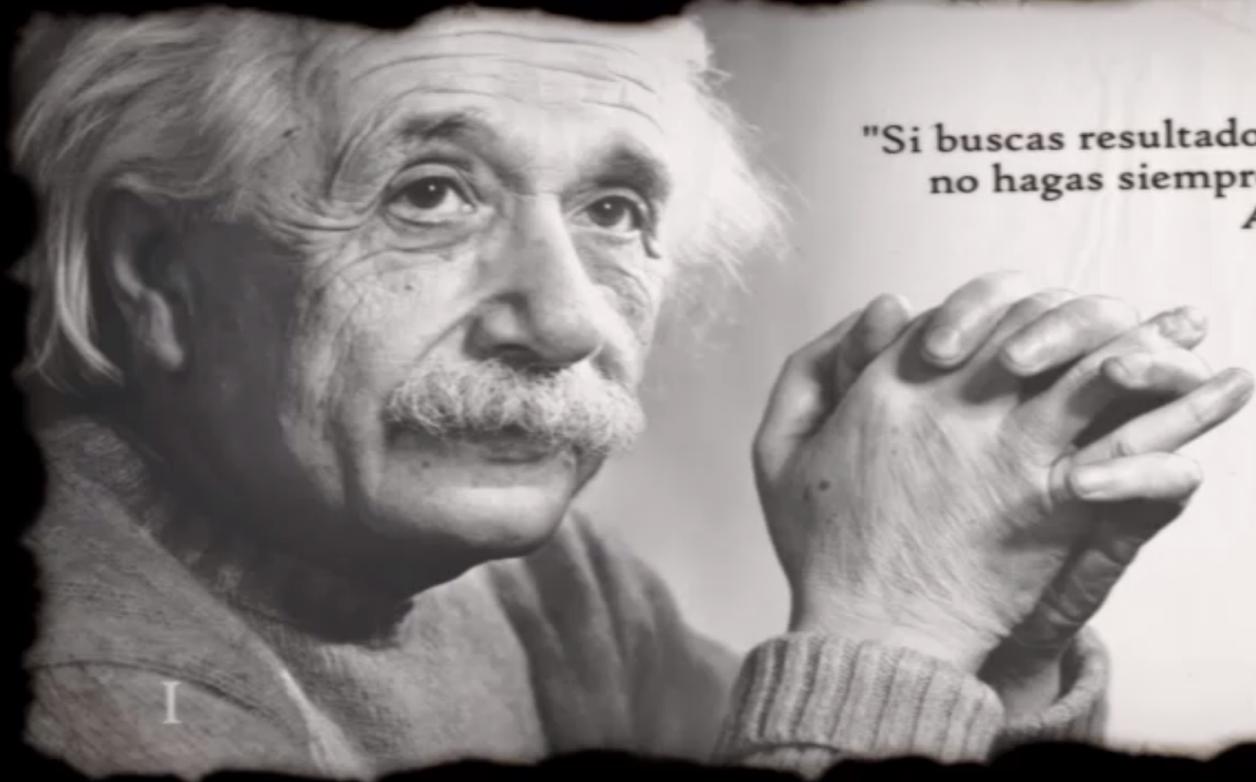
Mejorar la disponibilidad y distribución de personal calificado y pertinente, garantizando una dotación de recursos humanos en las zonas marginadas, así como implementar mecanismos de incentivos y sistemas eficientes de seguimiento y evaluación, que promuevan la retención del personal en estas áreas;

## Educación y Formación

Reorientar la educación de los profesionales de la salud para alcanzar la salud universal y avanzar en la definición de una nueva misión social de las escuelas de ciencias de la salud, con un fuerte compromiso con la formación de profesionales con una visión integral e interprofesional, comprometida con la salud de las poblaciones más necesitadas y con una alto grado de incorporación a la prestación de servicios en el primer nivel de atención y en zonas marginadas.

# Contexto a la consideración

1. Diversidad y avances
  1. El que dije la evidencia
2. Medición de metas
  1. Cambios y continuidad
3. La dinámica del mandatos en Recursos Humanos
  1. Resoluciones Regionales (Toronto, PAHO)
  2. Resoluciones Globales (Recife, WHA Estrategia Global 2030)
4. Intersectorialidad y Salud
  1. Acceso y Cobertura: Salud Universal
  2. MDG hacia SDG
  3. Sistemas Integrados de Informacion
5. Las dimensiones esenciales para el establecimiento de Planes y Políticas en Recursos Humanos
  1. Reconocer fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas: el que contribuye y el que no
  2. Definir la visión de cada subregión
  3. Hacer lineamientos a partir das dimensiones de Buenos Aires
  4. Estrategia Regional de Capacidades Humanas hacia la Salud Universal



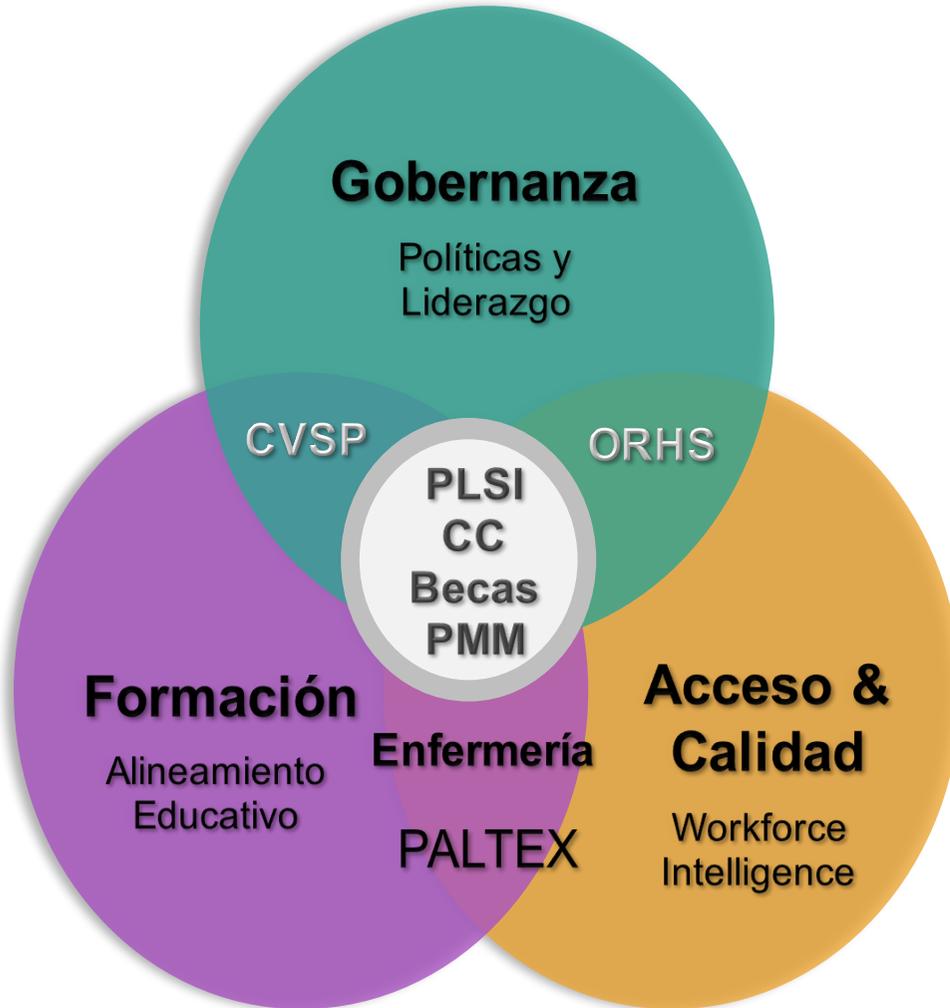
"Si buscas resultados diferentes,  
no hagas siempre lo mismo."

*Albert Einstein*

I

I

# Alineación, Estructura y líneas estratégicas de trabajo



- Regulación y Políticas de RHS
- Planes de Integración Inter sectorial
- Gobernabilidad en RHS



- Planificación, proyección y distribución del personal
- Carrera Sanitaria
- Planificación de las capacidades de los RHS en SS resilientes
- Modelado de Sistemas Dinámicos



- La Misión Social del Sector Educativo hacia la Salud Universal y su métrica
- Programas de Desarrollo para Profesores
- Educación y Capacitación en Sistemas y Servicios de Salud

# Condiciones favorables para la elaboración de planes nacionales de Personal Sanitario

- **Rectoría del Sistema Único de Salud y su gestores**
  - Creación del Sistema Integrado de Informaciones en Salud y Fuerza Laboral
  - Creación de la Unidad de planificación de Fuerza Laboral para el SUS
  - Registro nacional de profesionales de salud
  - Creación de registro temporario para atender zonas desatendidas
  - Creación del contrato organizativo de acción publica en la educación
  - Articulación con el sector educacional, universidades y CNE
  - Articulación con los Consejos de Salud, Nacional, Estadual y Municipal
- **Regulación de la Distribución de**
  - Implementación de criterios para distribución de Fuerza Laboral en programa Nacionales
  - Llamada nacional y internacional
  - Médicos intercambiadas (emergencia con plazo de validez)
- **Regulación de la cantidad de médicos y especialistas**
  - Cambio en los reglamentos de la Comisión Nacional de Residencia Medica con aumento de rectoría del MS
  - Posibilidad de carrera nacional para la atención primaria integrada a la formación de médicos de salud da familia y comunidad
- **Regulación de la Formación**
  - Apertura de nuevas escuelas en zonas desatendidas con criterios establecidos pelo MS
  - Inversión del MS para formación incluida en el presupuesto
- **Calidad adecuada para el Sistema de Salud**
  - Estabelecimiento de las capacidades y perfiles
  - Nuevas directrices curriculares para el pregrado
  - Formación obligatoria en los niveles del sistema, rotación en unidades y municipios
  - Implementación del teste de progreso
  - Implementación del segundo ciclo en el SUS antes del entrenamiento en la especialidad
  - Portales de Salud Basada en Evidencias
  - Portales de educación continuada y permanente
  - Investigación en el Sistema de Salud



# Contexto y Definición de Modelos

# O Reino Unido

Escolas Médicas

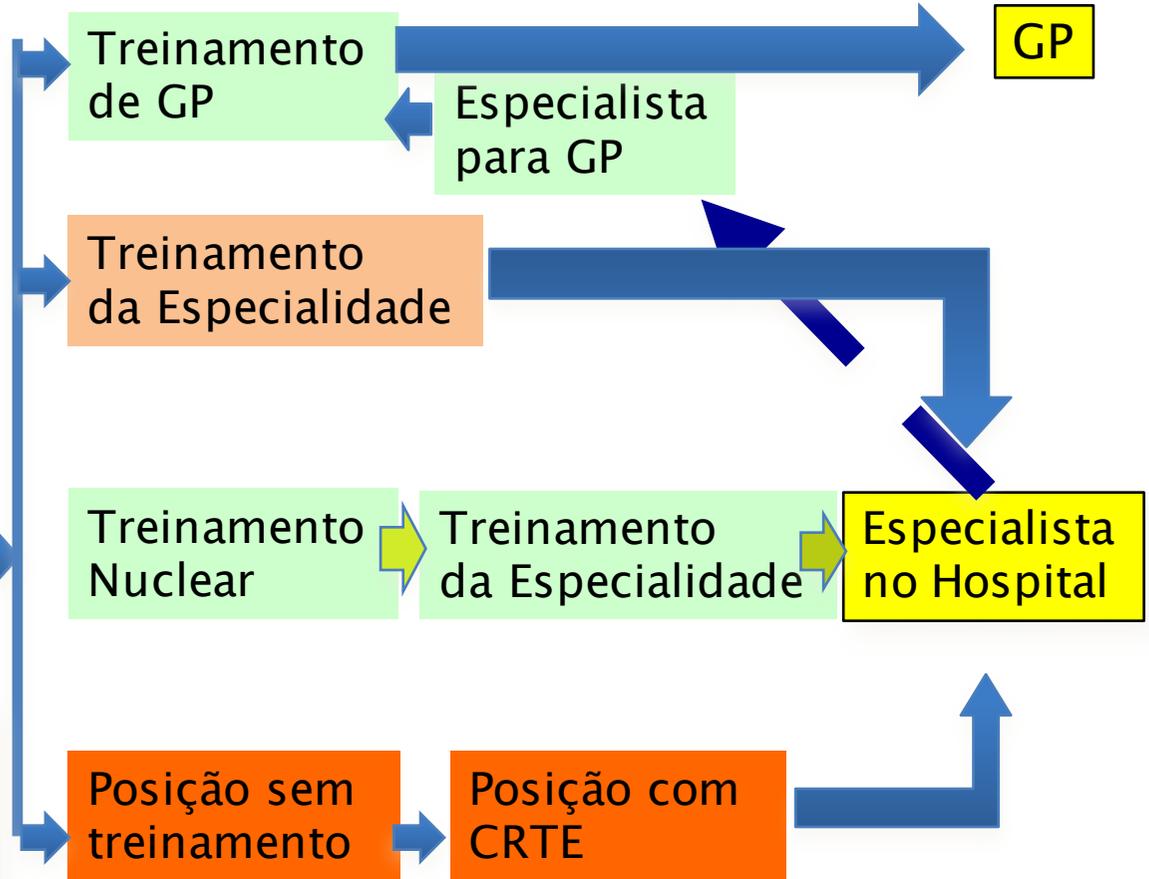


02 Anos de Fundamentos



## Modelo do Suprimento de Médicos

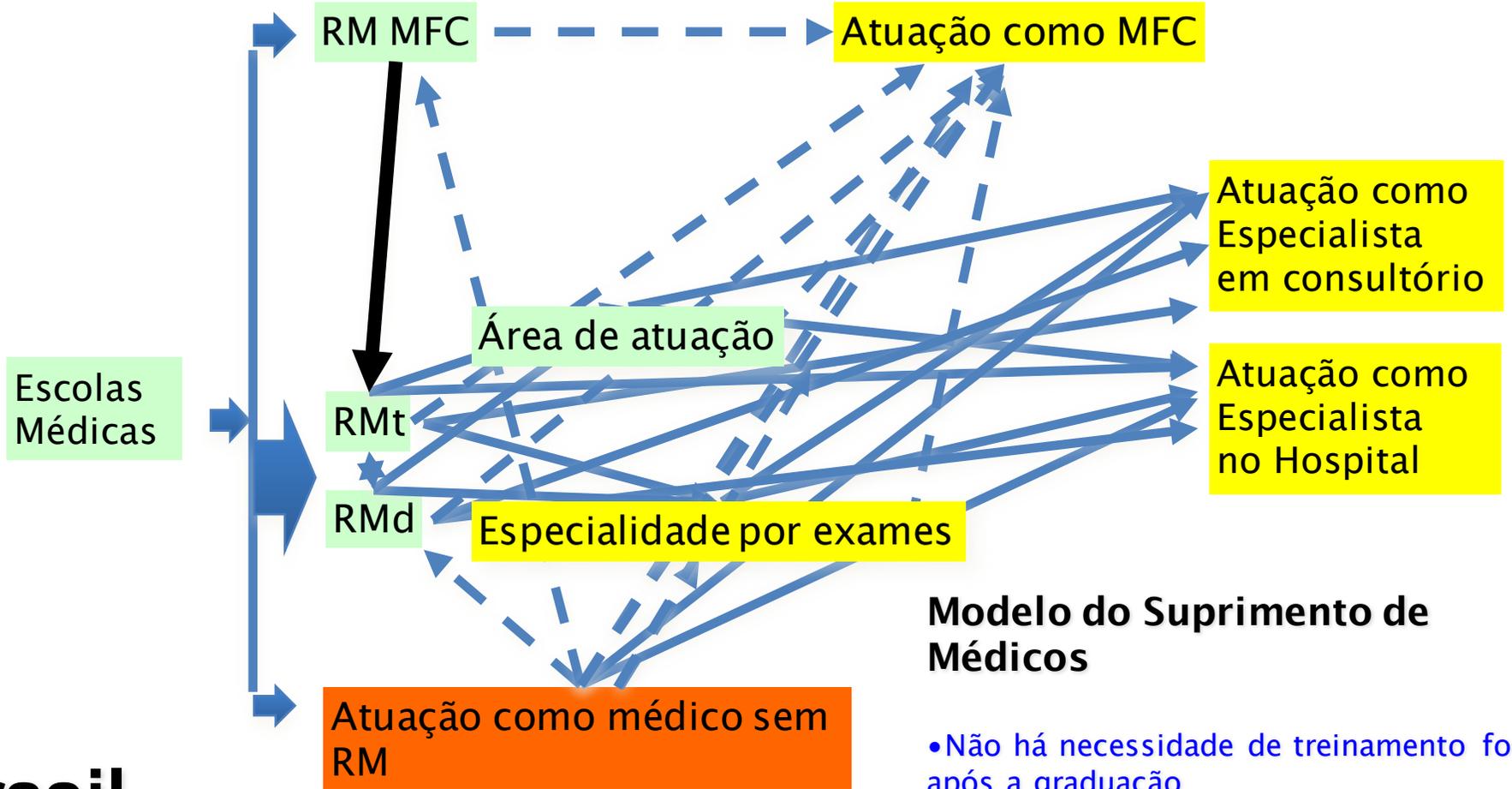
- Longo Período de Treinamento
- Aferição dinâmica da Saída
- Entrada por outros processos
- Não há garantia de movimento para o próximo estágio



# Não integração entre Formação e Carreira



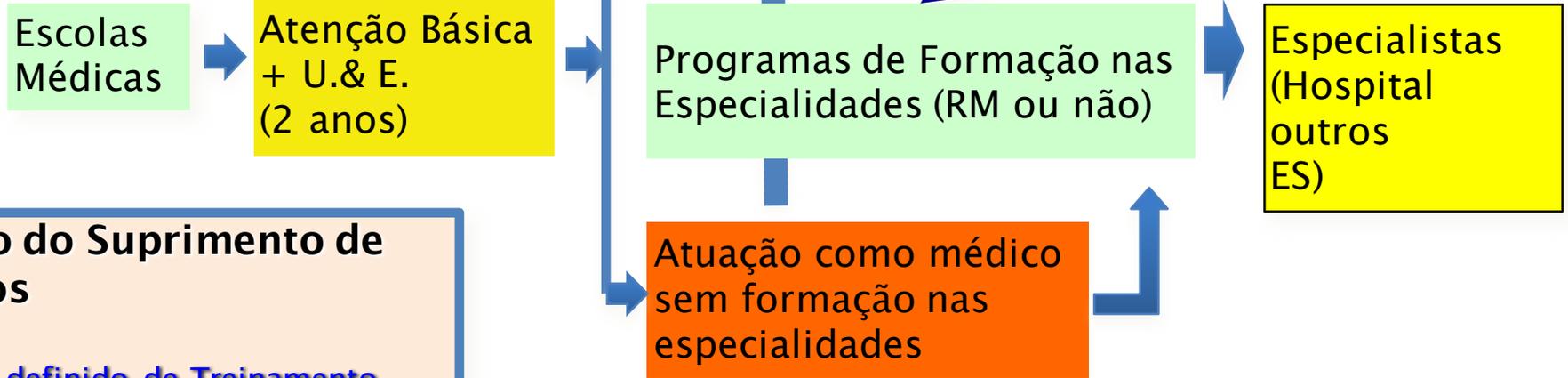
# O Brasil



## Modelo do Suprimento de Médicos

- Não há necessidade de treinamento formal após a graduação
- Não há aferição da saída após a graduação
- Entrada por múltiplos “caminhos”
- Não há estrutura de integração à carreira

# Um cenário para regulação no Brasil



## Modelo do Suprimento de Médicos

- Período definido de Treinamento
- Aferição dinâmica da Saída
- Entrada por outros processos
- O movimento para o próximo estágio se dá pela continuidade formação

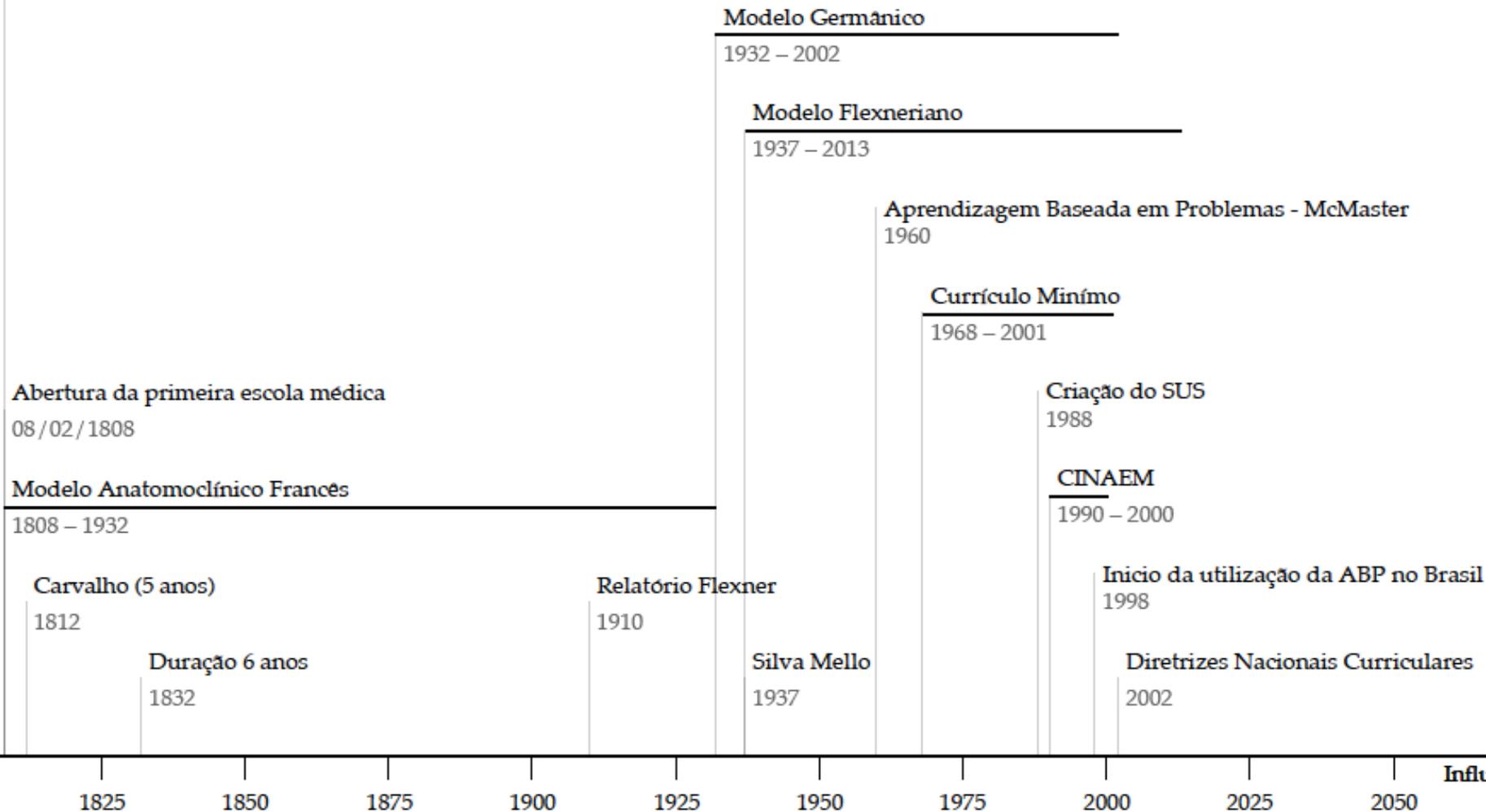
## 4. Draft stage plan and idea overlay

The diagram below overlays each idea onto a draft stage plan to indicate which stages would be utilised for each idea. The stages are not compulsory and a custom programme can also be designed.

Stage	Description	Icon	Key Activities
1	Understand the system		<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Making sense of the system, the past, present and possible futures</li> <li>□ Factors are elicited from expert interviews and research</li> <li>□ System mapping to used to check and refine</li> </ul>
2	Cluster the System factors		<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Refine and simplify the factors that influence in the system</li> <li>□ Consolidated into clusters through expert workshops to better understand systemic interactions</li> </ul>
3	Simplify the System factors		<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Refine the factors by systemic analysis of the clusters</li> <li>□ Consolidated into the most impactful system factors</li> <li>□ Rank the factors by importance</li> </ul>
4	Identify the key factors and projections		<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Rank the factors by impact and uncertainty to identify the key factors</li> <li>□ Define two extreme directions or projections for each key factor</li> </ul>
5	Create the scenarios		<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Scenarios created from consistent combinations of key factor projections</li> </ul>
6	Scenario quantification		<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Scenarios are quantified using formal elicitation methods</li> <li>□ Use of group elicitation methods such as Delphi and SHELFL to define the end state and trajectory of key system factors for each scenario</li> </ul>
7	Modelling and simulation		<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Modelling and simulation used to explore these plausible but challenging futures</li> </ul>
8	Policy analysis		<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Understand policy impact on demand and supply</li> <li>□ Robust workforce plans created and policy effectiveness</li> </ul>

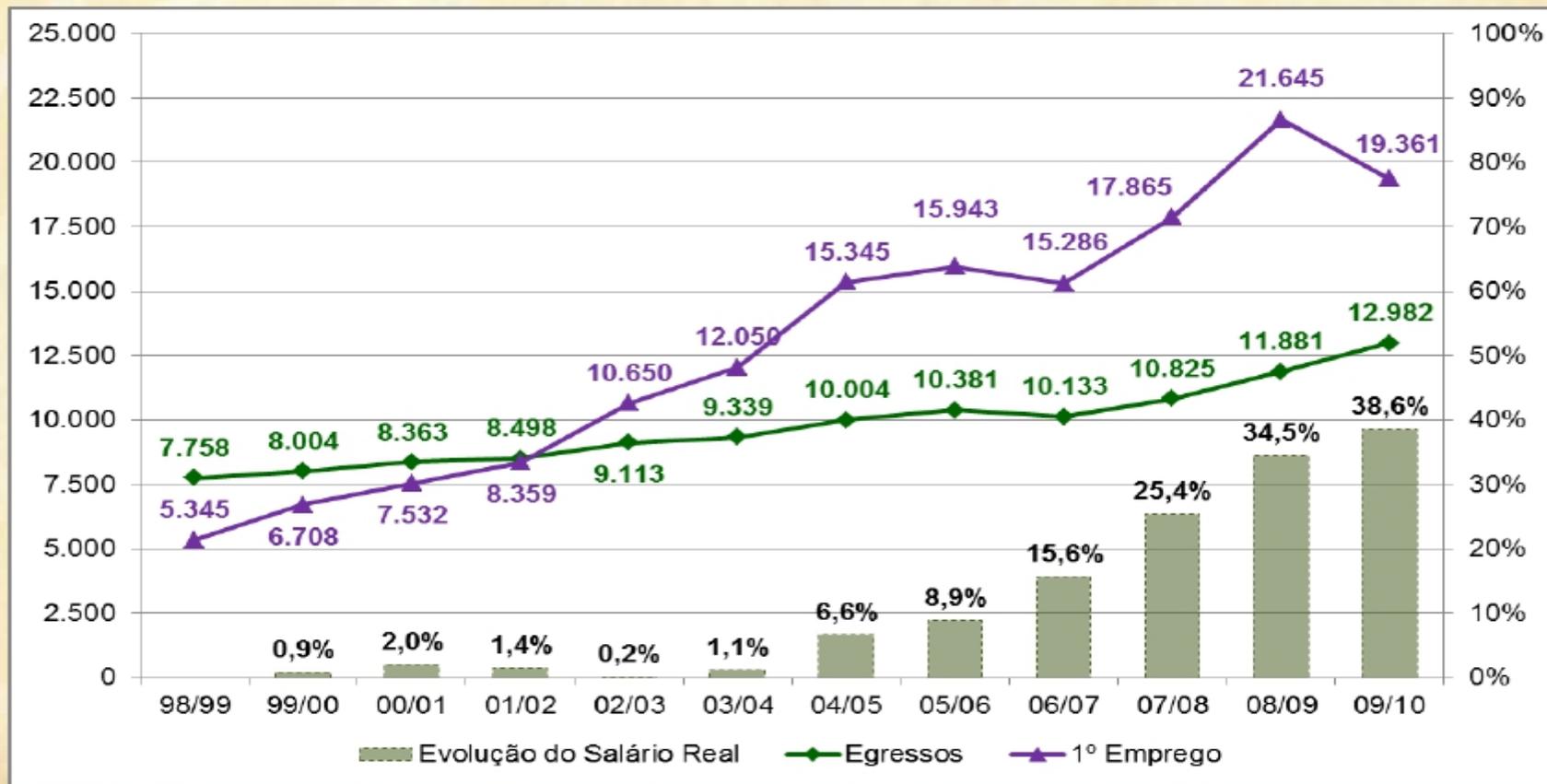
## Evolução da Educação Médica no Brasil - Influências e alguns eventos

08/02/1808 – 10/09/2013



Influências

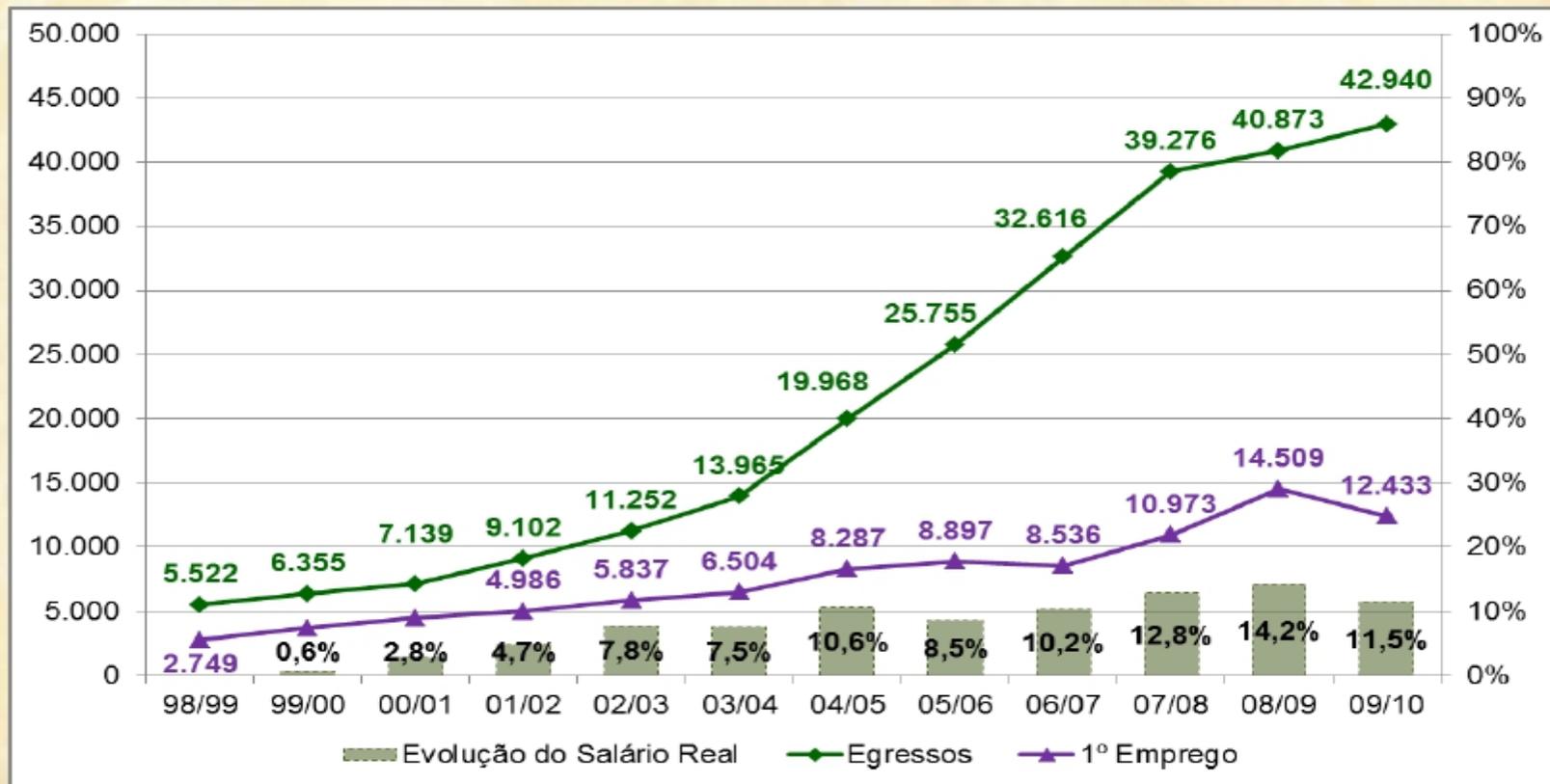
# 1.5. Evolução das admissões por primeiro emprego e salário real\* de MÉDICOS no mercado formal e egressos de MEDICINA no ano anterior - Brasil, 1998/99 - 2009/10



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFGM) a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC e da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS).

\* Calculado a partir da remuneração média anual de médicos no mercado formal, a preços constantes - IPCA.

## 1.6. Evolução das admissões por primeiro emprego e salário real\* de ENFERMEIROS no mercado formal e egressos de ENFERMAGEM no ano anterior – Brasil, 1998/99 – 2009/10



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFGM) a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC e da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS).

\* Calculado a partir da remuneração média anual de médicos no mercado formal, a preços constantes - IPCA.

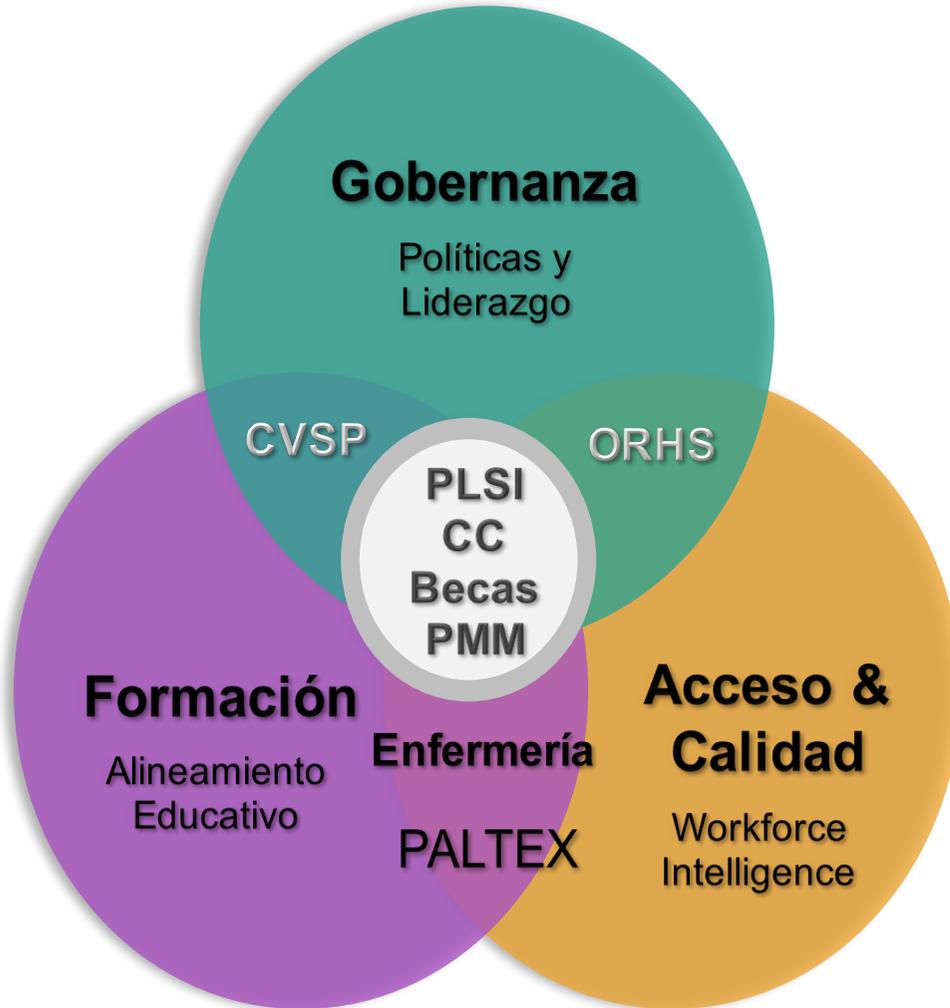
# Um sistema formador complexo

- A formação profissional ocorre predominantemente no ambiente de trabalho no setor público;
- O estado paga pela formação (graduação e residências) e não ordena ou regula pelas necessidades de especialistas no sistema;
- Os processos de avaliação (do aparelho formador) não discriminam o que é importante para o sistema de saúde;
- As associações de especialistas fazem o papel do estado, definem especialidades e quantos entram para treinamento;
- As universidades do estado são autônomas para definir onde e quando abrir um novo curso, seu perfil e definir o número de vagas;
- Os estados e municípios são os principais empregadores.

# Como ordenar y regular?

- Cuantos necesitamos para provisión y distribución?
- Cual perfil de capacidades y cuales especialidades?
- Quien hace la formación, sobre cual paradigma o modelo de calidad y evaluación?
- Cuales tiempos y distribución de la formación?
- Donde vaya a trabajar y en que modelo de carrera?  
(atribución e distribución)

# Alineación, Estructura y líneas estratégicas de trabajo



- Regulación y Políticas de RHS
- Planes de Integración Inter sectorial
- Gobernabilidad en RHS

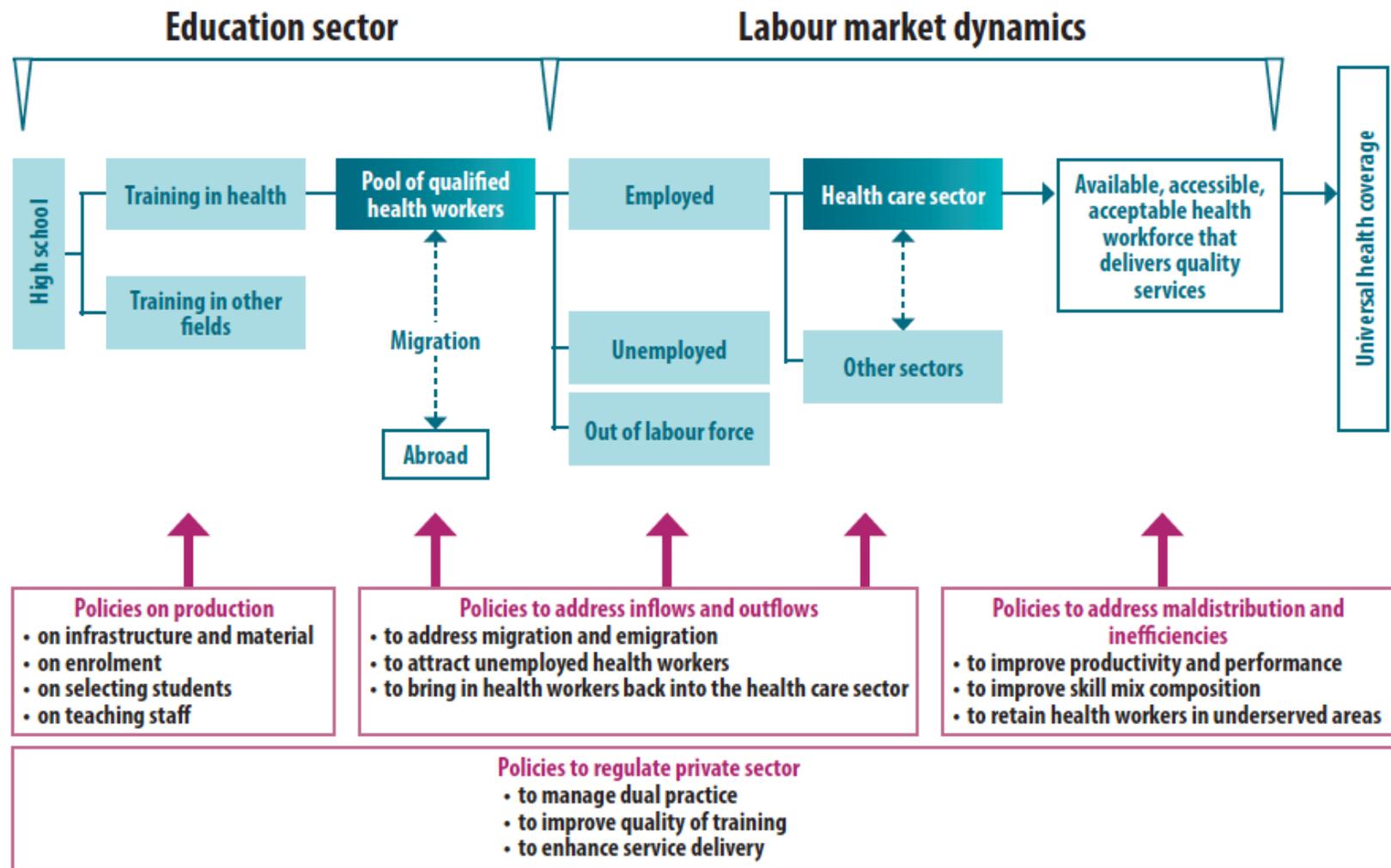


- Planificación, proyección y distribución del personal
- Carrera Sanitaria
- Planificación de las capacidades de los RHS en SS resilientes
- Modelado de Sistemas Dinámicos



- La Misión Social del Sector Educativo hacia la Salud Universal y su métrica
- Programas de Desarrollo para Profesores
- Educación y Capacitación en Sistemas y Servicios de Salud

Figure 2. Policy levers to shape health labour markets



La inspiración de la OPS



## Reunión sobre la "misión social de la educación médica para alcanzar la equidad en salud"



### La misión social de la educación médica para alcanzar la equidad en salud



### Videos Reunión Manaus

**Acceso Universal y Cobertura Universal de Salud**  
Departamento de Sistemas de Salud, OP  
18:20

**A missão social da educação médica**  
Universidade do estado do Amazonas, Brasil  
07:04

**Los cambios en el número de formación médica en Brasil**  
Ministério da Saúde, Brasil  
38:02

**Desafios atuais da Comissão Nacional de Residência Médica**  
Comissão Nacional de Residência Médica, Brasil  
13:38

# 1

Si bien la mayoría de las universidades tienen definida su misión social con respecto a la sociedad en su conjunto, **las escuelas y facultades de medicina y de profesiones de la salud precisan explicitar con mayor claridad conceptual su responsabilidad con las poblaciones más vulnerables y con las políticas de salud.**

- a) El **mandato social** es una responsabilidad ineludible de las universidades, quienes deben formar profesionales que participen **de la transformación y mejoramiento de la realidad socio-sanitaria** en pos del **derecho a la salud y la equidad**.
- b) Es necesario profundizar en la **construcción de ciudadanía** a través la **inclusión en el co-gobierno de las comunidades de los territorios de referencia de la universidad**.
- c) Es necesario avanzar en la problematización permanente de la situación social y de salud y la elaboración consecuente de un **plan de estudios que vincule calidad educativa con pertinencia social**.

# 2

La definición de la misión social tenderá a buscar una correlación en la estructura y dinámica del plan de estudios, con metas concretas en cuanto a:

# Planeamiento

- a) **Definir territorios y poblaciones** para el trabajo en salud y la implementación de la currícula.
- b) **Investigar permanentemente las inequidades en salud de los territorios y comunidades de referencia**, y las respuestas socio-sanitarias que se han organizado para abordarlas.
- c) **Monitoreo y acompañamiento territorial** en el primer nivel de trabajo con una definición clara de rol model.
- d) **Medir el impacto en la salud de la población** de las comunidades con las que trabaja la universidad.

# Construcción curricular

- e) Construir la propuesta de enseñanza **en el primer nivel de atención y espacios comunitarios en articulación con la comunidad y los servicios de salud, educativos y sociales.**
- f) Garantizar experiencias de **aprendizaje inter-disciplinaria:** tanto en espacios de trasmisión de teoría (ciclos comunes entre carreras de ciencias de la salud) como en la práctica.
- g) Organizar la currícula por ciclos de vida y la complejidad de sus problemáticas, y también por niveles de abordaje: individual, familiar, grupal, institucional y comunitario - los que a su vez se articulan entre sí - . Se propone, de esta manera la superación de la organización curricular por sistemas, disciplinas y especialidades.

## Promoción , **Selección** y Manutención

- h) Seleccionar **alumnos motivados para planes de estudio orientados a la APS**
- i) Desarrollar estrategias para **incluir a estudiantes** de escasos recursos.
- j) Planificar la inserción de **alumnos** en el primer nivel de atención y espacios comunitarios de **manera longitudinal en el plan de estudios y con continuidad de trabajo con los grupos sociales.**

### 3.- Posgrado

- Continuar con posgrados en salud comunitaria y medicina familiar **en los mismos escenarios y territorios.**

### 4.- Construir y formalizar **acuerdos y compromisos con metas definidas.**

- Entre escuelas médicas.
- Entre la escuela médica, lo sistema de salud local y la población incluida en el territorio de formación y atención primaria de salud.

# Misión Social

Table 1. Medical School Rankings Based on Social Mission Score\*

Rank	School	State	Social Mission Score†	Primary Care Physicians		Physicians Practicing in HPSAs	
				Total, %	Standardized Score‡	Total, %	Standardized Score‡
<b>Highest 20</b>							
1	Morehouse School of Medicine	GA	13.98	43.7	1.20	39.1	1.40
2	Meharry Medical College	TN	12.92	49.3	2.00	28.1	0.14
3	Howard University	DC	10.66	36.5	0.19	33.7	0.78
4	Wright State University Boonshoft School of Medicine	OH	5.34	49.2	1.98	28	0.12
5	University of Kansas	KS	4.49	45.2	1.42	43.9	1.96
6	Michigan State University College of Human Medicine	MI	4.13	43.6	1.20	26.5	-0.05
7	East Carolina University Brody School of Medicine	NC	3.72	51.9	2.36	34.2	0.84
8	University of South Alabama	AL	3.15	42	0.97	52.7	2.97
9	Ponce School of Medicine	PR	3.02	33	-0.31	43.8	1.94
10	University of Iowa Carver College of Medicine	IA	2.97	37.1	0.28	21	-0.69
11	Oregon Health & Science University	OR	2.93	43.8	1.22	43.8	1.94
12	East Tennessee State University Quillen College of Medicine	TN	2.88	53.5	2.58	32.7	0.67
13	University of Mississippi	MS	2.86	33.5	-0.24	62.5	4.11
14	University of Kentucky	KY	2.61	39.8	0.65	32.5	0.64
15	Southern Illinois University	IL	2.59	45	1.39	46.5	2.26
16	Marshall University Joan C. Edwards University	WV	2.51	46.8	1.64	20.9	-0.70
17	University of Massachusetts Medical School	MA	2.48	45.9	1.52	36.7	1.12
18	University of Illinois	IL	2.27	36.7	0.21	35.7	1.01
19	University of New Mexico	NM	2.25	46.7	1.63	30.7	0.43
20	University of Wisconsin	WI	2.24	35.7	0.07	19.3	-0.87
<b>Lowest 20§</b>							
1	Vanderbilt University	TN	-3.95	21.9	-1.86	20.8	-0.70
2	University of Texas Southwestern Medical Center	TX	-3.64	26.8	-1.18	15.1	-1.36
3	Northwestern University Feinberg School of Medicine	IL	-3.11	24.4	1.51	19.5	-0.86
4	University of California, Irvine	CA	-3.02	32.9	-0.32	14.2	-1.47
5	New York University	NY	-2.65	24.3	-1.53	22.1	-0.55
6	University of Medicine and Dentistry of New Jersey—NJ	NJ	-2.46	23.7	-1.61	17.8	-1.05
7	Uniformed Services University of the Health Sciences	MD	-2.36	29.6	-0.78	21.4	-0.64
8	Thomas Jefferson University	PA	-2.34	32.1	-0.42	20.6	-0.72
9	Stony Brook University	NY	-2.21	29.1	-0.85	20.4	-0.76
10	Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University	NY	-2.13	26.1	-1.28	24.8	-0.25
11	Boston University	MA	-2.12	26.7	-1.19	23.3	-0.42
12	Loyola University Chicago Stritch School of Medicine	IL	-2.06	33.7	-0.20	20.7	-0.72
13	University of Pennsylvania	PA	-2.03	19.1	-2.27	20.4	-0.76
14	Medical College of Wisconsin	WI	-2.02	33.5	-0.23	15.9	-1.28
15	Albany Medical College	NY	-2.00	30.7	-0.63	24.2	-0.32
16	Columbia University	NY	-1.98	20.3	-2.10	31.8	0.57
17	Texas A&M University	TX	-1.95	37	0.26	16.2	-1.24
18	Duke University	NC	-1.91	22.3	-1.82	23.9	-0.34
19	Stanford University	CA	-1.90	27.4	-1.10	16.2	-1.23
20	Johns Hopkins University	MD	-1.90	24.3	-1.53	26.7	-0.02

HPSA = health professional shortage area.  
 \* The ranking of all 141 schools is in the Appendix, available at [www.annals.org](http://www.annals.org).  
 † The sum of the primary care, HPSA, and underrepresented minority standardized scores.  
 ‡ The standardized value calculated for each measure, with a mean value of 0 (SD, 1).  
 § Ranked from lowest to highest (i.e., rank 1 is the lowest-performing school).

Table 2. Comparison of Social Mission Scores, by Location, School Type, and Funding\*

Characteristic	Schools, n	Social Mission Score†		Primary Care Physicians		Physicians Practicing in HPSAs		School-State (Nation) Ratio of Underrepresented Minorities		Underrepresented Minority Graduates, %
		Total, %	Standardized Score‡	Total, %	Standardized Score‡	Total, %	Standardized Score‡	Ratio	Standardized Score‡	
<b>Regions§</b>										
Midwest	37	0.14	36.0	0.12	25.5	-0.16	0.53	0.18	9.3	
Northeast	34	-1.05	31.2	-0.55	23.8	-0.36	0.45	-0.13	11.4	
South	49	0.46	35.4	0.03	28.6	0.19	0.54	0.23	14.8	
West	18	0.12	38.6	0.09	24.1	-0.32	0.47	-0.04	13.8	
P value¶		0.015		<0.001		0.027		0.417		
<b>Rural-urban continuum§</b>										
MSA >1 million persons	85	-0.38	33.6	-0.22	24.7	-0.26	0.51	0.10	13.3	
MSA, 250 000-1 million persons	34	0.48	37.1	0.28	28.5	0.18	0.49	0.03	10.1	
MSA <200 000 persons	15	1.10	38.8	0.51	28.8	0.21	0.58	0.38	8.8	
Non-MSA	4	0.57	39.2	0.57	30.0	0.36	0.39	-0.36	6.1	
P value¶		0.065		0.006		0.072		0.855		
<b>Community-based (allopathic medical schools only)</b>										
No	107	-0.20	33.4	-0.24	25.7	-0.14	0.53	0.18	13.4	
Yes	17	1.47	39.8	0.66	28.4	0.17	0.64	0.64	19.7	
P value¶		0.024		0.003		0.335		0.346		
<b>School type</b>										
Allopathic	124	-0.07	33.9	-0.17	25.9	-0.12	0.54	0.21	13.9	
Osteopathic	17	0.08	39.9	0.67	26.7	-0.03	0.34	-0.57	8.3	
P value¶		0.782		<0.001		0.710		0.029		
<b>Funding</b>										
Private	59	-0.58	32.7	-0.34	25.1	-0.21	0.47	-0.03	13.5	
Public	82	0.37	36.3	0.17	26.7	-0.02	0.54	0.22	12.9	
P value¶		0.009		0.001		0.244		0.255		
<b>NIH support</b>										
Quartile 1 (\$0-\$17 million)	36	0.15	38.9	0.53	27.0	0.01	0.39	-0.39	11.1	
Quartile 2 (\$18-\$84 million)	35	0.64	35.1	-0.01	29.2	0.26	0.57	0.39	15.9	
Quartile 3 (\$85-\$244 million)	35	-0.37	34.2	-0.14	24.2	-0.31	0.50	0.08	12.5	
Quartile 4 (\$245-\$897 million)	35	-0.52	31.4	-0.54	24.2	-0.31	0.57	0.32	13.1	
P value¶		0.090		<0.001		0.026		0.130		

HPSA = health professional shortage area; MSA = metropolitan statistical area; NIH = National Institutes of Health.  
 \* Social mission scores and percentages and scores of primary care physicians, HPSAs, and underrepresented minorities are averages weighted by school size.  
 † The sum of the primary care, HPSA, and underrepresented minority standardized scores.  
 ‡ The standardized value calculated for each measure, with a mean value of 0 (SD, 1).  
 § These weighted averages exclude Puerto Rican schools.  
 ¶ These data were obtained from the U.S. Census Bureau.  
 ¶ P values are obtained from analysis of variance comparing scores within categories.

Table 1. Medical School Rankings Based on Social Mission Score\*

Rank	School	State	Social Mission Score†	Primary Care Physicians		Physicians Practicing in HPSAs		School-State (Nation) Ratio of Underrepresented Minorities		Underrepresented Minorities in the School, %	Underrepresented Minorities in the State (Nation), %
				Total, %	Standardized Score‡	Total, %	Standardized Score‡	Ratio	Standardized Score‡		
<b>Highest 20</b>											
1	Morehouse School of Medicine	GA	13.98	43.7	1.20	39.1	1.40	3.15	11.38	83.3	26.5
2	Meharry Medical College	TN	12.92	49.3	2.00	28.1	0.14	2.99	10.78	79.3	26.5
3	Howard University	DC	10.66	36.5	0.19	33.7	0.78	2.71	9.68	71.9	26.5
4	Wright State University Boonshoft School of Medicine	OH	5.34	49.2	1.98	28	0.12	1.31	3.23	19.0	14.5
5	University of Kansas	KS	4.49	45.2	1.42	43.9	1.96	0.77	1.12	11.6	15.1
6	Michigan State University College of Human Medicine	MI	4.13	43.6	1.20	26.5	-0.05	1.24	2.99	23.7	19.1
7	East Carolina University Brody School of Medicine	NC	3.72	51.9	2.36	34.2	0.84	0.62	0.52	17.3	28.1
8	University of South Alabama	AL	3.15	42	0.97	52.7	2.97	0.29	-0.78	8.2	28.7
9	Ponce School of Medicine	PR	3.02	33	-0.31	43.8	1.94	0.84	1.38	82.5	98.8
10	University of Iowa Carver College of Medicine	IA	2.97	37.1	0.28	21	-0.69	1.35	3.38	8.1	6.0
11	Oregon Health & Science University	OR	2.93	43.8	1.22	43.8	1.94	0.43	-0.23	5.5	13.0
12	East Tennessee State University Quillen College of Medicine	TN	2.88	53.5	2.58	32.7	0.67	0.39	-0.37	7.6	19.5
13	University of Mississippi	MS	2.86	33.5	-0.24	62.5	4.11	0.23	-1.01	8.8	38.3
14	University of Kentucky	KY	2.61	39.8	0.65	32.5	0.64	0.82	1.32	8.0	9.8
15	Southern Illinois University	IL	2.59	45	1.39	46.5	2.26	0.22	-1.06	6.1	28.3
16	Marshall University Joan C. Edwards University	WV	2.51	46.8	1.64	20.9	-0.70	0.89	1.58	4.2	4.7
17	University of Massachusetts Medical School	MA	2.48	45.9	1.52	36.7	1.12	0.44	-0.16	5.9	13.3
18	University of Illinois	IL	2.27	36.7	0.21	35.7	1.01	0.75	1.05	21.2	28.3
19	University of New Mexico	NM	2.25	46.7	1.63	30.7	0.43	0.53	0.19	28.8	53.9
20	University of Wisconsin	WI	2.24	35.7	0.07	19.3	-0.87	1.26	3.03	13.8	11.0
<b>Lowest 20§</b>											
1	Vanderbilt University	TN	-3.95	21.9	-1.86	20.8	-0.70	0.13	-1.38	3.6	26.5
2	University of Texas Southwestern Medical Center	TX	-3.64	26.8	-1.18	15.1	-1.36	0.21	-1.09	9.3	44.7
3	Northwestern University Feinberg School of Medicine	IL	-3.11	24.4	1.51	19.5	-0.86	0.30	-0.74	7.9	26.5
4	University of California, Irvine	CA	-3.02	32.9	-0.32	14.2	-1.47	0.17	-1.24	7.0	41.2
5	New York University	NY	-2.65	24.3	-1.53	22.1	-0.55	0.34	-0.57	9.0	26.5
6	University of Medicine and Dentistry of New Jersey—NJ	NJ	-2.46	23.7	-1.61	17.8	-1.05	0.54	0.20	14.8	27.7
7	Uniformed Services University of the Health Sciences	MD	-2.36	29.6	-0.78	21.4	-0.64	0.24	-0.95	6.5	26.5
8	Thomas Jefferson University	PA	-2.34	32.1	-0.42	20.6	-0.72	0.18	-1.19	4.8	26.5
9	Stony Brook University	NY	-2.21	29.1	-0.85	20.4	-0.76	0.33	-0.60	10.5	31.7
10	Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University	NY	-2.13	26.1	-1.28	24.8	-0.25	0.33	-0.60	8.8	26.5
11	Boston University	MA	-2.12	26.7	-1.19	23.3	-0.42	0.35	-0.52	9.4	26.5
12	Loyola University Chicago Stritch School of Medicine	IL	-2.06	33.7	-0.20	20.7	-0.72	0.20	-1.14	5.2	26.5
13	University of Pennsylvania	PA	-2.03	19.1	-2.27	20.4	-0.76	0.74	0.99	19.5	26.5
14	Medical College of Wisconsin	WI	-2.02	33.5	-0.23	15.9	-1.28	0.36	-0.51	9.4	26.5
15	Albany Medical College	NY	-2.00	30.7	-0.63	24.2	-0.32	0.22	-1.06	5.7	26.5
16	Columbia University	NY	-1.98	20.3	-2.10	31.8	0.57	0.37	-0.45	9.8	26.5
17	Texas A&M University	TX	-1.95	37	0.26	16.2	-1.24	0.24	-0.97	10.6	44.7
18	Duke University	NC	-1.91	22.3	-1.82	23.9	-0.34	0.55	0.24	14.5	26.5
19	Stanford University	CA	-1.90	27.4	-1.10	16.2	-1.23	0.59	0.43	15.7	26.5
20	Johns Hopkins University	MD	-1.90	24.3	-1.53	26.7	-0.02	0.40	-0.35	10.5	26.5

HPSA = health professional shortage area.

\* The ranking of all 141 schools is in the Appendix, available at [www.annals.org](http://www.annals.org).

† The sum of the primary care, HPSA, and underrepresented minority standardized scores.

‡ The standardized value calculated for each measure, with a mean value of 0 (SD, 1).

§ Ranked from lowest to highest (i.e., rank 1 is the lowest-performing school).

Mullan, Chen, et al. 2010 - The Social Mission of Medical Schools – Ranked By: Primary Care, Minorities, Practice in Underserved Areas

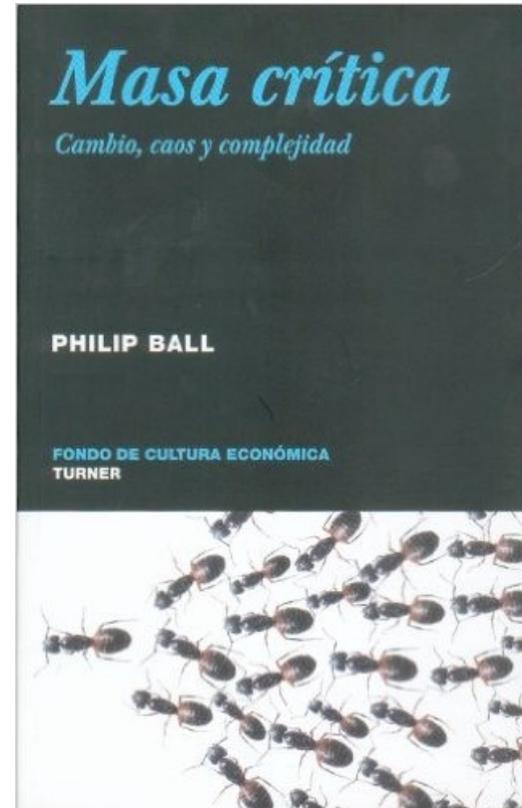
## Table 1: Social Obligation Scale

	Responsibility	Responsiveness	Accountability
Social needs identified	Implicitly	Explicitly	Anticipatively
Institutional objectives	Defined by faculty	Inspired from data	Defined with society
Educational programs	Community oriented	Community based	Contextualized
Quality of graduates	Good practitioners	Meeting criteria professionalism	Health system change agents
Focus of evaluation	Process	Outcome	Impact
Assessors	Internal	External	Health partners

Boelen, et al: Assessing Social Accountability. Education for Health, 2012



“La ciencia no nos ofrece prescripciones sino descripciones”





“Estudiar no es un acto de consumir ideas,  
sino de crearlas y recrearlas.”

*Paulo Freire*

IV

IV