

# Instrumento N° 1

## Inventario de Programas Nacionales

### Cuestionario Base para la Evaluación de Programas de Recursos Humanos en Salud

#### INTRODUCCIÓN

Este instrumento tiene como objetivo registrar los programas que cada país ha implementado para enfrentar los problemas de recursos humanos, esto permitirá establecer un inventario de “programas” en RH que puedan ser analizados y estudiados en profundidad y se constituya en conocimiento nuevo para responder a los desafíos de la gestión de la política de RHUS en nuestra región.

El presente documento deberá ser completado por el/la Director de RHS o su equivalente de la Autoridad Sanitaria, quien podrá proporcionar la información nacional, en consulta con las instituciones nacionales que considere necesario.

País	El Salvador
Nombre y Cargo del entrevistado	<p>Manuel Beza, Director de Planificación, MINSAL</p> <p>Matías Villatoro, Coordinador de Servicios de Salud, Dirección del Primer Nivel de Atención.</p> <p>María Angela Elías Marroquín, Directora de Desarrollo de RRHH</p>

1. ¿Utilizando la información obtenida en la II Medición de las Metas Regionales cuales fueron las tres prioridades de RHS para el Ministerio de Salud?

*Clasificarlos por orden de prioridad.*

Desafíos	Priorización	Metas	Priorización
1 Políticas y planes	62.5	1 Densidad/distribución geográfica	12.5
		2 Proporción médicos en APS	12.5
		3 Existencia de Equipos de APS	12.5
		4 Razón enfermera / médico	12.5
		5 Unidad de conducción nacional de RHUS con capacidad de rectoría nacional	12.5
2 Personas adecuadas en lugares adecuados	53.50	6 brecha urbano / rural de médicos y enfermeras	13.5
		7 Proporción de trabajadores de APS con competencias en salud pública	12.5
		8 Proporción de personal técnico y auxiliar con procesos de educación permanente	12.5
		9 Personal de APS reclutado en sus propias comunidades	12.5
3 Migración	40.50	10 Adopción del código internacional de reclutamiento en salud	12.5
		11 Política de autosuficiencia en RH	12.5
		12 Acuerdos mutuos para el reconocimiento profesional	12.5
4 Condiciones de trabajo	40.50	13 Proporción de empleo precario	10
		14 Política de salud y seguridad para los trabajadores	5
		15 Gerentes con competencias en salud pública y gestión	13.5
		16 Negociación de conflictos	14
		17 Reorientación de la formación en salud hacia la APS	7
5 Vínculos educación -	7		

servicios			
		18 Programas de formación en salud para poblaciones subtenidas	0
		19 Tasa de deserción de escuelas de medicina	0
		20 Acreditación de facultades y escuelas de medicina y salud publica	0

2. ¿Qué programas e iniciativas claves de RHS fueron desarrolladas para hacer frente a estas prioridades, subraye aquellos que se encuentran en marcha?

Para elaborar este listado utilizamos la siguiente definición operacional:

a) DEFINICIÓN OPERACIONAL DE PROGRAMA
<p>Se define como un conjunto de acciones coherentes, actividades o intervenciones que están vinculados a un objetivo final y a uno o varios objetivos de política, que tengan recursos determinados (humanos, financieros, materiales) para alcanzar los objetivos y contribuir al logro de metas concretas, implementadas por un gobierno específicamente en materia de Recursos Humanos en Salud con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población.</p>

**Programa /Experiencia exitosa uno: Proceso de Planificación de RRHH para la organización de los servicios de salud del primer nivel de atención: (describa brevemente el programa)**

Este proceso fue resultado del esfuerzo de un equipo de trabajo entre la Dirección del Primer Nivel de Atención y la Dirección de Desarrollo de RRHH, por indicaciones de Sra Ministra de hacer un ejercicio de análisis de cómo se podría diseñar el modelo de atención de salud, específicamente para el primer nivel de atención, y de cómo organizar los equipos de salud familiar con una visión de mejorar el acceso a la salud de la población en congruencia con la Política Nacional de Salud y la Política de Protección Social del Gobierno Central, definida por el Primer Gobierno de Izquierda y su Plan de Gobierno 2009-2014 .

Es así un primer momento para plantear lo recursos humanos necesarios para la implementación del Modelo de Atención en Salud Familiar, basado en la Atención Primaria en Salud Integral inició en el mes de Abril del 2010; elaborando una propuesta de organización de los equipos de familia a nivel nacional, que se fue consultando con la Sra Ministra y su equipo de gabinete, se definió con base a criterios poblacionales y territoriales, definiendo el tamaño y conformación de los Equipos de Salud tanto familiares como especializados, con base a ello se definió que cada Equipo de Salud Familiar (Ecos F) tendría como responsabilidad 600 familias, con un promedio de 3000 personas y que cada diez Ecos F se instalaría un Ecos Especializado, que cuenta con Médicos de tres especialidades básicas y especialistas de Fisioterapia, Nutrición, odontología, Salud Ambiental, Educación para la Salud, Enfermería y Psicología; con estas decisiones se realizó un análisis de los datos cuantitativos y cualitativos de los recursos humanos que estaban asignados en los diferentes establecimientos del Primer Nivel de Atención, lo que permitió definir las brechas de los recursos necesarios para la reorganización de los servicios de salud; en segundo momento se elaboró el presupuesto por etapas 2010-2014, que luego las autoridades presentaron al Ministro de Hacienda y a la Presidencia de la República.

Cada Equipo de Salud familiar, está conformado por un medico/a coordinador/a, una enfermera profesional, un técnico en enfermería y tres promotores de salud, estos últimos son agentes comunitarios seleccionados directamente de las comunidades y tienen vinculo laboral con el MINSAL; y por un polivalente que es una persona que tiene varias funciones de apoyo para el

desplazamiento del equipo, atención de área administrativa de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar que pasaron de 377 a 692.

Aprobando la primera etapa focalizando los municipios catalogados como de mayor pobreza en el país en congruencia con las prioridades definidas en el Plan de Gobierno.

La primer etapa de implementación del modelo de atención de salud familiar, inició en junio del 2010, donde a partir de la planificación nacional y aprobada la primera fase, **cada equipo regional de salud** (cinco Regiones) con sus coordinadores del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) a nivel de departamento, se fue mapeando los municipios a intervenir y a definir los espacios territoriales, revisar los recursos existentes y las brechas locales, acompañadas por la Dirección del Primer Nivel de Atención y la Dirección de Planificación.

La implementación del modelo no se ha dado de acuerdo a lo planificado en las diferentes etapas, principalmente por las limitaciones financieras; al 2013 se han implementado a nivel nacional 481 Ecos F y 36 Especializados, distribuidos en 164 Municipios, que representan el 62.6 % de los municipios del país, de los cuales 100 Municipios pertenecen al programa de comunidades solidarias tanto rurales como urbanos.<sup>1</sup>

Con este proceso se ha pasado de 7,724 recursos de salud en el 2009 a 10,676 a mayo 2013, aunque aún persiste la brecha, en la ejecución de la estrategia de aumento de contrataciones generada por el proceso de la Reforma de Salud, se han contratado en el MINSAL para mejorar la cobertura hasta el 2012 son 4,315 profesionales multidisciplinarios y agentes comunitarios; de ellos 2,815 son asignados al primer nivel de atención y 1,500 a Hospitales, de los cuales 120 son especialistas, lo que ha permitido mejorar el nivel resolutivo de las instituciones y la atención especializada en catorce hospitales. En relación a las brechas identificadas en el 2009, y las proyecciones de contratación incremental planificadas al 2014, se ha logrado cubrir un 38% de ellas, con personal clave en el desarrollo de la Reforma de Salud y que ha sido objeto de un meticuloso análisis, para dar respuesta a las prioridades establecidas en los planes de la misma, y una de las debilidades ha sido la baja contratación de profesionales de especialidades, no solo de atención directa en salud, sino aquellas necesarias para la gestión en salud, servicios administrativos, logísticos y de apoyo para responder al resto de ejes prioritarios de la Reforma.<sup>2</sup>

**Programa Dos: Formación de Competencias de cuadros directivos del MINSAL.**  
(Describe brevemente el programa)

*En el tema de RRHH en esta gestión del Ministerio de Salud, una de la primeras decisiones de la Autoridad Sanitaria ha sido la reorientación de la visión de los recursos humanos, pasando de un enfoque de administración a uno de desarrollo de recursos humanos, además la implementación de los cambios y prioridades definidas en el proceso de Reforma de Salud, se necesitaba formar un contingente de líderes para la misma, entre ellos la formación de cuadros directivos desde las Direcciones Nacionales hasta los que conducen la gestión de las Redes Integradas e integrales de servicios de salud y los establecimientos de salud de la misma, que permitiera implementar los cambios requeridos y darle impulso a todos los procesos definidos en las ocho prioridades de la Reforma.*

*Por tanto se elaboro un plan de formación de cuadros estratégicos del Sistema que ha sido desarrollado con apoyo de la Cooperación Española, a través de la Escuela Andaluza de salud*

---

<sup>1</sup> Informe de Labores, 2012-2013, Ministerio de Salud El Salvador, Junio 2013

<sup>2</sup> Propuesta de Política Nacional de Desarrollo de RRHH, Ministerio de Salud, El Salvador, 2013.

*Pública, la primera prioridad fue formar a los dirigentes de las treinta hospitales con el curso de Gestión Hospitalaria, a las cinco Direcciones Regionales, los coordinadores de los Sistemas Básicos de Salud Integral de cada uno de los departamentos, así como sus Direcciones Nacionales con su equipo técnico; por situaciones financieras fue imposible continuar con este esfuerzo en el 2011 y ha sido continuado con cuatro tipos de recursos: Gestión Estratégica en Salud, Gestión Hospitalaria, Gestión de Redes Integrales de Salud y Gestión en Atención Primaria en Salud Integral, este mes de agosto se gradúan 240 gestores de diferentes niveles, y en diciembre finalizan 320, con este esfuerzo se están formando un contingente de gestores que impulsen el cumplimiento de la Política Nacional de Salud y se mejoren los indicadores de gestión en cada uno de los niveles, así mismo es un proceso de mejora de la calificación como un incentivo personal.*

*Con el propósito de continuar este esfuerzo se ha iniciado el funcionamiento de la Escuela de Gobierno ubicada en el Instituto Nacional de Salud.*

## SELECCIÓN DEL PROGRAMA A SER EVALUADO

Del listado de programas elaborado seleccione el que será evaluado en profundidad utilizando los siguientes criterios:

CRITERIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación con los desafíos y metas prioritizadas</li> <li>- Efecto (impacto) sobre el sistema de salud</li> <li>- Monto del financiamiento del programa</li> <li>- Alcance del programa (población, área geográfica)</li> <li>- Extensión temporal (más de un año)</li> <li>- Disponibilidad de información</li> </ul>

*Programa Seleccionado*

**Programa de Planificación de RRHH para la organización de los servicios de salud del primer nivel de atención**

### VALORACION GENERAL DE LA IMPLEMENTACION DEL CONJUNTO DE PROGRAMAS EN DESARROLLO EN EL PAIS

3. ¿Cuáles son los principales éxitos del proceso de implementación de los programas de RHS en relación con los objetivos generales de la salud?

Describa.

La Planificación de los RHS nos ha permitido la toma de decisiones sobre RH a mediano plazo con objetivos y acciones específicas, la implementación de estrategias/acciones definidas según el modelo de atención definidos por el MINSAL, así como la definición del tipo y número de personal necesario para realizar las acciones que establece el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario. La planificación nos ha permitido identificar las brechas de RHS en los municipios con extrema pobreza del país, por tanto con mayores índices y prevalencia de morbimortalidad. Por tanto los principales éxitos es garantizar el derecho a la salud de la población, con Acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud; en un sistema eficiente, de alta resolutivez y acceso equitativo a servicios de calidad. Esto se refleja en el incremento de la cobertura de todos los programas preventivos (infantil, materno, planificación,

familiar, atención a enfermedades crónicas no transmisibles, etc.), un incremento de las acciones de promoción de la salud con participación social, incremento en las atenciones preventivas,

La mejora del acceso a los servicios de salud en las poblaciones más vulnerables, ha tenido efectos positivos por la atención programada de los servicios preventivos, la atención oportuna de las enfermedades de baja complejidad incluyendo desde la perspectiva macroeconómica una disminución importante del gasto de bolsillo de los hogares más pobres para acceder a la atención médica, detección activa de riesgos y casos de enfermedad y sensibilización social del trabajador sanitario, incremento del acceso a la atención del parto y atención especializada en hospitales por medio de la referencia desde el primer nivel de atención y mejoras en el seguimiento comunitario de los egresos hospitalarios. La mejora de las competencias obstétricas y de los procesos de auditoría sobre las complicaciones y la mortalidad materna han demandado la necesidad de incrementar la contratación de personal especializado con importante impacto en la reducción de la mortalidad materna.

Un punto importante es que la planificación de recursos en etapas ha permitido la negociación con el Ministerio de Hacienda de la financiación de las contrataciones indispensables para implementar el modelo, al menos en los municipios priorizados, a pesar de las dificultades financieras del país.

4. ¿Cuáles son las principales lecciones aprendidas en el proceso de implementación de programas de RHS? Indique todos los que aplican. Describa.

- a) Definir el modelo de atención que se está desarrollando desde el 2010 en el país
- b) Definir la estructura de los equipos de salud, el tipo de especialistas y cantidad por la población y territorio de responsabilidad asignado.
- c) Hacer un diagnóstico de la capacidad instalada de profesionales de la salud con los que contamos
- d) Diagnóstico de las necesidades de formación de los RHS existentes y los nuevos a contratar para la implementación del modelo de atención definido.
- e) Realizar la capacitación e inmersión comunitaria de los Ecos familiares, buscando el reconocimiento y aceptación de la Comunidad, etc.
- f) Mejorar la articulación y la planificación del desarrollo de los recursos humanos en salud con las instituciones formadoras para prevenir ineficiencias institucionales en el sector prestador de servicios de salud.
- g) La cultura organizacional sobre lo históricamente establecido respecto a la capacidad resolutoria de los servicios y las competencias técnicas, en relación con las causas prevenibles de muerte requiere de un diagnóstico más profundo en la RIIS del MINSAL para responder a los cambios que ahora requieren los sistemas sanitarios en el marco de la APS renovada y la gestión basada en resultados como uno de los atributos clave.
- h) El personal de salud producido por las instituciones formadoras en el pregrado no responde a las necesidades del MINSAL y es ineficaz en la formación de especialistas en los hospitales docente-asistenciales que requieren de mejores regímenes de residencias médicas para producir especialistas de alta competencia para brindar servicios de alta calidad y seguridad para los usuarios, principalmente las 4

especialidades básicas que se requieren según el marco jurídico legal vigente. (Ley del SIBASI, lineamientos de Categorización de Hospitales)

- i) La coordinación con un enfoque interinstitucional de los RRHH, que ha permitido a través de la Comisión Nacional de RRHH ir avanzando con estos procesos de planificación en las otras instituciones del Sistema Nacional de Salud ( Hacienda, Trabajo, Educación y Salud)
- j) La calificación programada de los integrantes de los Ecos F en procesos descentralizados, coordinando con la Universidad Pública, así como la formación de facilitadores del MINSAL en metodologías de la enseñanza activos y en contenidos referidos a la Política Nacional de Salud y los elementos indispensables del proceso de reforma de salud.( Plan Nacional de Formación y Capacitación de los RRHH)
- k) Facilitar la gestión financiera con Organismos Internacionales para los procesos formativos.

5. ¿Cuáles son los mayores desafíos?

*Indique todas las que correspondan. Describa.*

- a) Sostenibilidad política, jurídica y financiera para continuar progresivamente avanzando con la implementación del Modelo de Atención.
- b) La formación universitaria y de postgrado del personal de salud no se ajusta a los requisitos de la práctica de la APS.
- c) Los profesionales cualificados prefieren trabajar en hospitales y ciudades.
- d) Falta de incentivos por ruralidad, los salarios son similares independientemente donde estén los trabajadores de la salud.
- e) Resistencia del Personal de salud al cambio de un modelo familiar y comunitario por un modelo curativo, especialmente de los recursos que ya estaban en el Sistema.
- f) Lento proceso en la comprensión de APS-I y persistencia del paradigma de atención medicalizada.
- g) Trabajo en equipo e investigación escasamente desarrollado o se estimula de forma insuficientemente.
- h) Migración internacional de los trabajadores de salud (fuga de profesionales) y alta rotación de RH.
- i) Débil incorporación de otros prestadores de servicios de salud en la RIISS ( Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud)
- j) Coherencia y pertinencia de los programas de desarrollo de los recursos humanos para la red integral e integrada de servicios con las necesidades de la población.
- k) Estratificación de las competencias técnicas y empoderamiento para la creación de equipos de alto rendimiento en los diferentes niveles de gestión de las redes integradas e integrales

de servicios de salud, que fortalezcan de forma sistémica la promoción de la salud y los diferentes niveles de prevención.

- l) Enfoque limitado de gestión de los RRHH en los ámbitos locales.
- m) Armonizar e integrar de forma sinérgica y complementaria la planificación y el control (supervisión, monitoreo y evaluación) el trabajo de personal sanitario y no sanitario en el quehacer comunitario y asistencial de salud.
- n) La sustentabilidad del sistema sanitario para su mejor desempeño requieren diseños factibles, eficaces y eficientes de asignación y distribución de los recursos humanos.
- o) La financiación del 100% de los recursos humanos necesarios para implementar el modelo el 100% de los municipios del país y de acuerdo a los planificado, desafíos que se debe retomar en una nueva gestión.

## 6. ¿Cómo podría mejorar el actual proceso de implementación de programas?

Describe en relación con los desafíos identificados anteriormente.

- a. Los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población de un territorio son previsible a corto y mediano plazo. Lo cual requiere que el sistema de salud se ajuste para dar respuesta a estos cambios incluidos de manera fundamental la composición de competencias de los recursos humanos y las acciones de salud
- b. Los programas deben fundamentarse en el perfil de salud, el análisis de la demanda para la organización de la oferta y asegurar la calidad de los servicios en redes integradas e integrales, centrada en las personas por tanto la distribución de los RRHH y su combinación de competencias debe estar acorde a estos criterios.
- c. Los ejercicios de proyección de RHS en el futuro se debe considerar la productividad y el factor tiempo utilizado para el trabajo de campo, visita domiciliar y acercamientos comunitarios, así como el desplazamiento de los RRHH a los ámbitos comunitarios.
- d. Es importante consolidar y fortalecer la Dirección de Desarrollo de RH, que dirija las acciones de planeación estratégica, investigación garantizando la participación de los actores sociales involucrados, tales como Universidades, los profesionales de la salud, a fin de ajustar la formación de los RHS a los requisitos de la práctica de la APS Integral.
- e. Diseñar un plan de incentivos para los profesionales de la salud especialistas principalmente para los ubicados en zonas de difícil acceso a fin de garantizar la permanencia y disminuir la alta rotación y deserción del personal de salud.
- f. Se debe considerar la gestión participativa con los integrantes de los comités del Foro de Participación Social.
- g. La oferta y la ubicación del personal en el continuo de la red asistencial, debe sustentarse en las evidencias partiendo de los indicadores de impacto relacionados con la mortalidad general, materna e infantil y según los diferentes ciclos de vida, las causas principales de mortalidad, los factores de riesgo y los determinantes sociales bajo los cuales se da el proceso de salud y enfermedad. Este marco de análisis facilita el diseño

de intervenciones bajo un proceso de causalidad que sustenta la promoción para la salud, los servicios preventivos y de protección específica así como la gestión clínica de la red integrada e integral de servicios de salud.

- p) El enfoque de determinantes sociales requiere de intervenciones multidisciplinarias para la promoción de la salud con más peso en el dominio de las ciencias sociales y más empoderamiento de los promotores de salud.
- q) Fortalecer el marco jurídico legal y la gestión estratégica del financiamiento para su aplicación de forma sustentable y efectiva con visión de corto, mediano y largo plazo, asegurando resultados inmediatos y mejoras graduales en los resultados del estado de salud de la población.

## RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS

7. ¿Cuáles son las dificultades que aún persisten con respecto a la consecución de los objetivos de RHS?

*Enumerar y describir.*

- El apoyo político \_\_\_\_\_
- Los niveles de participación de las Instituciones Formadoras \_\_\_\_\_ X
- El presupuesto del programa \_\_\_X\_\_\_\_\_
- La coordinación del programa \_\_\_\_\_
- La implementación del programa X\_\_\_\_\_
- Claridad de los objetivos \_\_\_\_\_
- Diseño del programa \_\_\_\_\_
- La falta de claridad de rol \_\_\_\_\_
- La falta de apoyo de datos / información X
- Otro \_\_\_\_\_

8. ¿En qué medida los programas/**experiencia exitosa de RHS** han contribuido al fortalecimiento del personal de salud?

*Describir.*

- a. Realizar ajustes en la composición de los equipos (combinación de competencias según la cartera de servicios) que prestan los servicios de salud.
- b. Formación del personal de salud según las debilidades identificadas y necesidades del Sistema.
- c. Incremento en el número de profesionales de salud en la Red de Servicios de Salud.



- d. *En los últimos cuatro años ha habido una contratación de personal de salud sin precedentes, gracias al apoyo financiero del gobierno central lo cual ha generado alta exposición de recursos recién graduados a una riqueza de experiencia en los servicios ubicados en territorios de alta vulnerabilidad social, así como el sometimiento a un proceso de capacitación para la inducción y desarrollo de competencias técnicas tanto del personal operativo que presta los servicios de forma directa como en el personal gerencial en los niveles de dirección central, regional y local.*
- e. *El acceso a procesos formativos para mejorar su calificación y nivel de resolutivez, ya que hay programas complementarios a la contratación, la formación y la gestión de los mismos. ( cursos de inducción de Ecos F, Curso de USG Obstétrica para Ginecólogos, promotores de salud calificados a diciembre del 2013 se gradúan el 100%, se está iniciando la formación con la Universidad en Atención Primaria en Salud Integral entre otros)*
- f. *La riqueza en el intercambio de las experiencias diversas de los RRHH, según su formación ( Cuba, El Salvador, Venezuela y otros)*

9. ¿En qué medida los programas han mejorado la prestación de los servicios de salud?

*Describir.*

*Marque todo lo que corresponda.*

*La atención primaria se expandió  \_\_\_\_\_; se ha definido para todos los ámbitos de las RISS y no solo en el primer nivel de atención (Diferencias ambos es muy importantes para su implementación)*

*La eficiencia del programa aumentó \_\_\_\_\_*

*La efectividad del programa ha mejorado  \_\_\_\_\_; en el proceso de implementación de la Reforma de Salud, es uno de los componentes que mas visibiliza la población, tanto en lo cuantitativo y cualitativo de los recursos humanos.*

*Equidad de los servicios \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_; se está dando cobertura a las áreas rurales, se ha pasado de un 6% de los recursos asignados en el área rural al 24% en el 2012, mejorando el acceso de la población a recursos humanos calificados y a agentes comunitarios calificados.*

*El acceso a servicios ha mejorado \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_; se han acercado recursos calificados y especialistas a las áreas más lejanas, hay mayor cobertura de los programas, un programa de referencia, retorno e interconsulta entre otros.*

*La integralidad de la atención mejoró \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_; la combinación de competencias de los RRHH y el enfoque de trabajo en salud intersectorial y por ciclo de vida ha permitido un mejor abordaje de la salud de las personas en los diversos ámbitos. (Indicadores demuestran aumento en acciones de promoción, prevención, rehabilitación entre otras)*

*La satisfacción del paciente aumentó \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_*

*Los tiempos de espera de los pacientes se han reducidos \_\_X\_\_, aunque aun no en lo esperado pero en los establecimientos se tiene de meta dos horas máximos de espera, pero también se dan atenciones en las comunidades directamente en los hogares de las familias.*

*Las tasas de reingreso de pacientes se han reducido \_\_\_\_\_; no tenemos evidencia al momento.*

*Porcentaje de los servicios prestados por personal cualificado aumentó X, en muchos establecimientos hasta antes del 2009 solo había promotores de salud, y auxiliar de enfermería, ahora en los municipios donde se ha implementado el modelo hay médicos, enfermeras profesionales y especialistas de diversas áreas no solo médicas:*

*Otro \_\_\_\_\_*

10. ¿Qué nuevos programas o intervenciones son necesarias para seguir avanzando en la agenda RHS?

*Enumerar y describir.*

- a) Definir tipo de incentivos por resultados de los RHS y la diferenciación salarial por la responsabilidad asumida del RHS e incentivar a los profesionales principalmente especialistas para el trabajo comunitario.*
- b) Trabajar en un modelo de financiamiento de los RHS a fin de garantizar la estabilidad laboral, el acceso universal de la población a los servicios de salud sin duplicación de esfuerzos con otros prestadores públicos de salud.*
- c) Hacer un diagnóstico de los áreas de difícil acceso geográfico y garantizar cupos desde las escuelas formadoras para estudiantes de esas zonas interesados en formarse en un área de la salud.*
- d) Programa integrado de formación de pregrado con las instituciones formadoras de personal de salud en el marco de la APSI.*
- e) Programa de residencias médicas y especialización integrado y homologado con los mejores estándares disponibles a nivel nacional en coordinación con el ISSS.*
- f) Programas de especialización en la gestión de servicios de salud en red incluyendo la gestión hospitalaria, la salud familiar y comunitaria.*
- g) Programa integrado de especialización en salud pública, epidemiología descriptiva, epidemiología social e investigación*
- h) Avanzar en la especialidad en salud familiar para los RRHH asignados en los Ecos F.*