

DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN LA AGENDA DE INTEGRACIÓN CENTROAMERICANA

I Encuentro de la Comisión Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud
San Salvador, 27 al 29 de Octubre 2010

I ENCUENTRO DE LA COMISIÓN TÉCNICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Belice:

Alfonso Ayala
Natalia Castillo

Panamá:

María del Carmen Gómez
Hilda Leal

Guatemala:

Ingrid Valenzuela, Sergio Ayapán
Isabel Henríquez

República Dominicana:

Nery Sanchez
Selma Zapata

Honduras:

Jacobo Arguello

México

Juana Juárez

Nicaragua:

José Antonio Gómez

El Salvador

Ángela Elías
María Josefina Pérez Fuentes
Carlos Mauricio Turcios
Xenia de Ángel
Nuria Canizalez
Rolando Hernández

Costa Rica:

Anargerie Solano Siles
Luis Rivera Cordero
Carlos Rosales

OPS/OMS El Salvador

Mónica Padilla
Gianira Chávez de Benitez
Miriam Castillo
Félix Pineda

Ecuador:

Margarita Velasco

Edición

Mónica Padilla
Kenny Romero

ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA ACCIÓN

La gestión de políticas de Recursos Humanos en Salud es factor fundamental para garantizar la operación efectiva de los sistemas de salud en los países. El objeto de la política en este campo es modular los procesos de educación y el trabajo en salud, de manera tal que se consiga adecuar y mantener una fuerza de trabajo en salud suficiente, competente, comprometida y valorada por las redes de salud en los países.

Con capacidades institucionales diferentes, los países cuentan con planes de desarrollo de RHUS en plena ejecución, con problemas persistentes que se resumen en cinco desafíos consensuados a nivel regional

1. Definir políticas y planes de largo y fortalecer la rectoría en RHUS
2. Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados para lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones
3. Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación,
4. Generar relaciones laborales adecuadas que incluyan la creación ambientes de trabajo saludables y que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población,
5. Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.

La importancia del desarrollo de los recursos humanos de la salud para los países centroamericanos, se refleja claramente en el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010 - 2015¹, que coloca al Recurso Humano como uno de los ejes para la acción, igualmente en la emisión de un conjunto de Resoluciones de la RESSCAD, promoviendo la discusión del tema de RHUS, la formulación de un proyecto de desarrollo de RHUS para la subregión, y la reciente constitución de la Comisión Técnica Centroamericana para el desarrollo de los Recursos Humanos en salud así como la elaboración de una agenda de trabajo 2010 - 2011 que inicia su implementación <http://www.sica.int/busqueda/Noticias.aspx?IDItem=52009&IDCat=3&IdEnt=143&Idm=1&IdmStyle=1>.

La conformación oficial de la Comisión Técnica de RHUS de la COMISCA y aprobación de su Plan Operativo, establece ya las orientaciones al trabajo a ser ejecutado en el corto y mediano plazo, abajo una síntesis de los contenidos del plan, los mismos que constituyen la base sobre la que se desarrolla el presente encuentro:

¹ Plan de Salud e Centroamérica y Republica Dominicana 2010 – 2015. Aprobado en la XXXI Reunión del COMISCA. Ciudad de san José, República de Costa Rica, 3-4 de Diciembre de 2009.

COMISION TECNICA DE RHUS RESUMEN DEL PLAN OPERATIVO 2010 – 2011		
EJES PRIORIZADOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
Definición de agenda de trabajo para la el Desarrollo de los RHUS en Centroamérica y República Dominicana	Establecimiento de Línea de base de Recursos Humanos/ Medición de Metas regionales de Recursos Humanos para la Salud en los países Centroamericanos y Republica Dominicana	ELS/BEL/OPS
	Conformación de la Red Regional de Observatorios de Recursos Humanos/COREDATA	ELS/COR/GUT/HON/OPS
	Elaboración del Plan Regional para el Desarrollo de los RRHH	Comisión Técnica/OPS
Fortalecimiento de las instancias responsables de la gestión de políticas para el desarrollo de los RHUS en los países.	Reunión de análisis de las estructuras de conducción (mecanismos intersectoriales, direcciones nacionales)	ELS/OPS
	Profesionalización de los equipos de conducción (especialidad de gestión de políticas de RH)	ELS/BEL/OPS
	Intercambio de experiencias y buenas prácticas de planificación de recursos humanos y otros temas priorizados por los países.	Por definir (fecha y país responsable)
Generación de espacios de concertación en temas de RHUS a nivel subregional	Inventario de todas las iniciativas de capacitación y formación, así como fuentes de financiamiento para racionalización y sinergia de las acciones	PAN/DOR
	Alianzas con instancias Regionales que abordan el desarrollo de Recursos Humanos. (CSUCA, ICAP, otras)	ELS/BEL/OPS
Proyecto para el desarrollo de RHUS para Centroamérica y República Dominicana	Retomar el Proyecto ajustarlo a las necesidades actuales e iniciar su renegociación	ELS/BEL/OPS
	Reuniones para análisis de la viabilidad del proyecto del BID/proyecto Centroamericano 2007/mesoamericano y otras iniciativas.	ELS/BEL/OPS COMISCA
Migración en salud	Diseño de protocolo de una investigación multicéntrica de migración profesional en salud	Comisión Técnica/OPS
	Análisis de políticas de valorización y retención de la fuerza de trabajo en salud	Por definir (fecha y país responsable)
	Análisis de marcos regulatorios de la formación profesional y procesos de titulación y certificación de la práctica profesional en salud en la región centroamericana y República Dominicana	Por definir (fecha y país responsable)

El presente documento recoge la discusión y propuesta de trabajo del equipo de Directores Nacionales de RHUS de los países centroamericanos y Republica Dominicana, los consultores de la OPS en dichos países y el equipo de coordinación en OPS ELS responsable de la cooperación técnica en RHUS de la región.

OBJETIVOS

- a. Desarrollar un plan operacional para el fortalecimiento de las capacidades de conducción de políticas de RHUS en los países centroamericanos y República Dominicana, a partir del análisis de las estructuras de conducción nacional y de los mecanismos intersectoriales para la concertación y gestión de políticas de salud.
- b. Presentar y debatir el Modelo Estratégico del Observatorio de Recursos Humanos en Salud y analizar el estado de situación de los Observatorios de RHUS de los países participantes.
- c. Presentar la propuesta de Medición de Metas Regionales de RHUS 2008 – 2015 y establecer un plan de trabajo con los países participantes para levantar la línea de base en forma conjunta.

LA SITUACIÓN DE LA GESTIÓN DE RHUS EN CENTRO AMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA

TEMA 1: CONDUCCION DE POLITICAS DE RHUS

La gestión de política de RHUS una función esencial de la rectoría de la autoridad sanitaria y por tanto un tema de gobierno permanente que exige una serie de capacidades y recursos para ser enfrentada, para el conjunto de los países centroamericanos y República Dominicana, la capacidad rectora, la estructura de gobierno, la composición y nivel profesional de los equipos responsables de la conducción de la política en RHUS constituyen un aspecto a ser fortalecido a fin de responder a las crecientes demandas de sistemas de cobertura universal basados en APS.

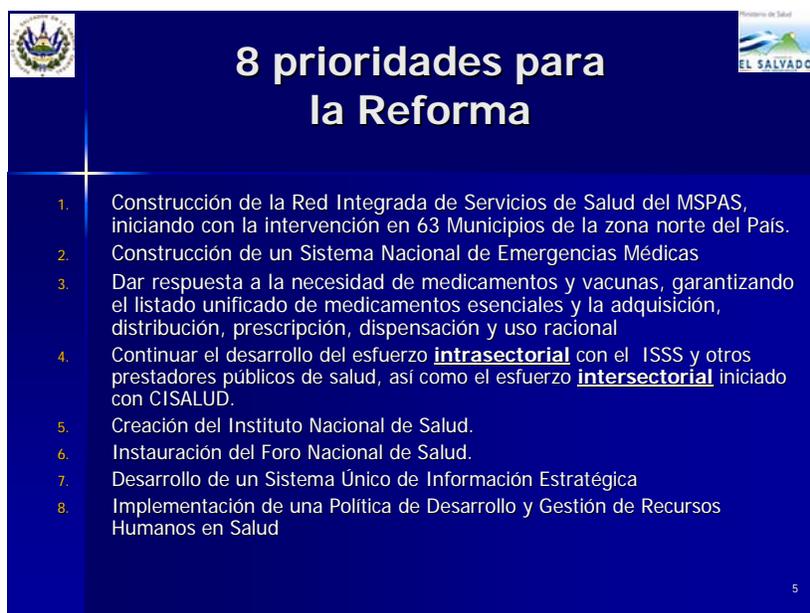
Hay algunos elementos que reflejan las decisiones tomadas por los países para alcanzar una institucionalidad básica para gestionar políticas nacionales de RHUS, entre ellos:

1. El tipo de estructura organizacional establecida para garantizar la conducción nacional, su ubicación política y los mecanismos que tiene para gestionar el consenso social alrededor de los temas eje de cada país
 2. La solidez de los procesos de planificación con información suficiente y alineados a las necesidades del país lo que se traduce en la emisión de mensajes claros y orientadores para la formación y el trabajo en salud;
 3. El conjunto de procesos de calificación de la fuerza de trabajo en salud, que ponen en marcha para garantizar la respuesta del sistema a las necesidades de la población,
 4. La proyección, diseño y estructuración de una carrera sanitaria como recurso de organización del trabajo alineada al sistema de salud.
-

Con esta reflexión en mente, el encuentro solicito a los delegados de los países participantes compartir con sus avances en estos temas y al grupo como un todo reflexionar sobre el grado de desarrollo que tenemos. Ver Anexo 1 sobre Estructuras de conducción de RH de los países centroamericanos y Republica Dominicana.

LOS DESAFÍOS DE LA GESTIÓN DE POLÍTICAS DE RHUS EN LA REFORMA: COMO CONSTRUIR UNA AGENDA INTERSECTORIAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

El Salvador se encuentra en un intenso proceso de reforma del sector salud en búsqueda de un sistema nacional de salud, basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral, que conciba la salud como un derecho humano fundamental, que busque permanentemente la equidad en salud y la solidaridad social y que ajuste todo el sistema (y no solamente la red de servicios) hacia la promoción y la prevención, sin descuidar el desarrollo de una atención de alta calidad y acceso universal. Recursos Humanos es una de sus ocho prioridades para la Reforma.



8 prioridades para la Reforma

1. Construcción de la Red Integrada de Servicios de Salud del MSPAS, iniciando con la intervención en 63 Municipios de la zona norte del País.
2. Construcción de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas
3. Dar respuesta a la necesidad de medicamentos y vacunas, garantizando el listado unificado de medicamentos esenciales y la adquisición, distribución, prescripción, dispensación y uso racional
4. Continuar el desarrollo del esfuerzo **intrasectorial** con el ISSS y otros prestadores públicos de salud, así como el esfuerzo **intersectorial** iniciado con CISALUD.
5. Creación del Instituto Nacional de Salud.
6. Instauración del Foro Nacional de Salud.
7. Desarrollo de un Sistema Único de Información Estratégica
8. Implementación de una Política de Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos en Salud

5

Uno de los principales avances presentados, por sus implicaciones en materia de Recursos Humanos en Salud, en la definición del modelo de atención es la estructura y composición de los "Ecos" equipos comunitarios de salud, "Ecos especializados" y la asignación territorial /poblacional de sus ámbitos de cobertura, encontrándose en construcción las definiciones de los ámbitos hospitalarios así como los ámbitos de conducción de una gestión en red.

² ESPINOZA, Eduardo Viceministro de Políticas, MSP Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador El Salvador

Ministerio de Salud
EL SALVADOR

Módulo Local Ampliado de cobertura familiar y comunitaria con cabecera en ECOS especializados

Especialidades:

- 1 Pediatra.
- 1 Gineco obstetra.
- 1 Internista.
- 1 Odontólogo.
- 1 Fisioterapeuta.
- Laboratorio Clínico.
- 1 Enfermera profesional
- 1 Auxiliar de Enfermería
- 1 Auxiliar estadístico.
- 1 Educador para la salud.

Cada 2 ECOS

- 1 Psicólogo.
- 1 Nutricionista.

Área urbana
8,400 familias
(en promedio 42,000 personas)

Área Rural
6,000 familias
(en promedio 30,000 personas)

Los ECOS especializados tendrán ampliación de horario con FOSALUD.

La concepción de la política de RHUS del gobierno salvadoreño, resalta el carácter intersectorial del tema de desarrollo de Recursos Humanos y la necesidad de actuar en un plano que relacione la SALUD, el TRABAJO, la EDUCACION, la CIENCIA Y TECNOLOGIA y el FINANCIAMIENTO, tanto en sus expresiones institucionales como en el abordaje y las estrategias de gestión de la política para el país.

Ministerio de Salud
EL SALVADOR

COMPRESION DE LA INTERSECTORIALIDAD

- Ámbitos conjuntos de decisión
- Espacios de interacción acompañamiento conjunto
- Mecanismos de interacción
- Capacidades para la interacción: liderazgo

Concretar acuerdos que viabilicen la política nacional de salud con especificidad en materia de RHUS

Acuerdos de calidad, cantidad, pertinencia en educación

Inversión en RHUS para la formación y el empleo en salud

Trabajo Decente en salud

Condiciones de Salud y seguridad en el trabajo

El desafío es la implementación de políticas en entornos complejos que requieren altos niveles de acuerdo y donde los intereses de grupo deben ser reorientados en función del bien común.

COSTA RICA³

El rol de las estructuras de conducción en la gestión de política sectorial, capacidades y mecanismos intersectoriales (Ver texto completo en ANEXO 1)

El equipo de Costa Rica contextualiza el Sistema Nacional de Salud como uno de los elementos clave del Sistema de Producción Social de la Salud, desde una perspectiva de determinación social de la salud, establece para su accionar un plano de interrelación intersectorial amplio, donde el sistema de salud asume el compromiso de garantizar no solo el acceso sino la calidad del servicio y cuidado de la salud



Con esta definición incluyente e integradora, el Ministerio de Salud Pública en su Plan Nacional de Salud 2010, coloca como estrategia crítica el desarrollo del RHUS e incorpora como prioridades para la acción:

1. Formulación de Política Nacional y Plan Nacional de RHS.
2. Creación y funcionamiento de una Unidad de conducción estratégica sectorial en RHS.
3. Desarrollo de un modelo de planificación de la fuerza de trabajo en salud, en función del modelo de atención vigente y las necesidades de la población.
4. Desarrollo estrategias para la coordinación y articulación de las necesidades de formación de la fuerza de trabajo en salud,
5. Generación de acuerdos sobre los perfiles de formación requeridos, entre entes formadores y empleadores.
6. Fortalecimiento generación, organización, análisis y divulgación de Información, mediante un sistema de información y un observatorio nacional en RHS.
7. Fortalecimiento del desarrollo de competencias del recurso humano.

³ SOLANO S. Anargerie (MS); RIVERAC. Luis (CCSS), Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador El Salvador

8. Generación de Ambientes de Trabajo Saludables.
9. Generación de relaciones laborales entre las/os trabajadores, instituciones y organizaciones de salud, que promuevan ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional.
10. Desarrollo en el sistema de recertificación profesional con el propósito de elevar la calidad profesional

Costa Rica cuenta al momento con una Dirección de RHUS y existe una expectativa de ejercicio de una rectoría que integre las distintas dimensiones en que se maneja el RHU la institucional, la interinstitucional y la intersectorial, sin embargo aun no están establecidos la estructura, mecanismos e instrumentos suficientes para instalar un proceso sistemático dialogo, consenso y decisión política en materia de RHUS.

Por otro lado la visibilidad del tema RHUS depende del reconocimiento de las autoridades políticas sobre la importancia de estos recursos para garantizar la operación del sistema de salud. Muchas veces esta asociación RHUS – Operación del sistema de salud no se da en el trabajo pues las direcciones de Servicios de salud o de salud para las personas corresponden a los viceministerios técnicos mientras que las direcciones de RHUS se mantienen dependientes de los Viceministerios o direcciones administrativas.

Las principales debilidades anotadas para el ejercicio de la Rectoría en RHUS son:

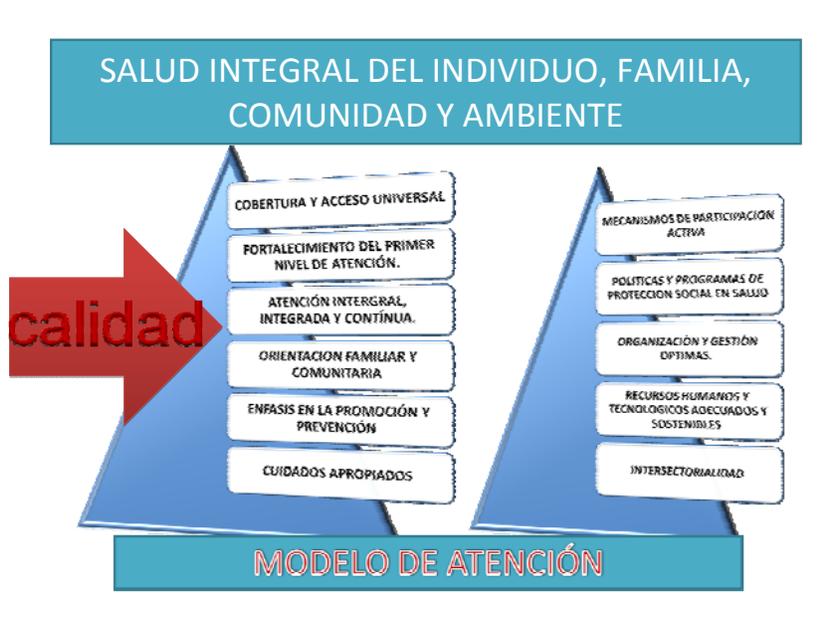
- Débil desarrollo de una instancia de conducción sectorial en el Ministerio de Salud, con la estructura organizativa, mecanismos de coordinación, el apoyo político, recursos y capacidades requeridos para desarrollar la función rectora.
- Falta de un proceso de conducción sostenido desde el ente rector que facilite la concertación, la negociación y el desarrollo de alianzas estratégicas entre los diversos actores relacionados con la regulación, la formación, la educación permanente, la planificación de recurso humano, entre otros.
- Insuficiente desarrollo de sistemas de información que faciliten la toma de decisiones en el campo.

En síntesis, es fundamental avanzar en la construcción de un espacio de conducción interinstitucional e intersectorial de RHUS para la conducción de la política con una visión nacional integral e integradora

PANAMÁ⁴

El rol de las estructuras de conducción en la gestión de política sectorial, capacidades y mecanismos intersectoriales

En un marco de clara definición de un modelo de atención integral basado en APS y la propuesta de un sistema organizado en red, el MSP de Panamá coloca como prioridad política al tema de RHUS, asociado a dos de sus ejes de acción.



Eje 1: Protegiendo a la población regulando y conduciendo al Sistema de Salud: política 6: Fortalecer el desarrollo de capacidades de los recursos humanos sectoriales en salud, y al Eje 2: Mejorando la Calidad y Acceso de Servicios de Salud: política 9: Modernizar la red pública de servicios de salud.

Un detalle de las estrategias y acciones aparece en el Anexo Panamá, con un amplio conjunto de acciones de gestión de RHUS entre ellas la propuesta de un sistema de relevo generacional del personal de salud, aspecto clave para el tema de planificación.

Panamá cuenta con una Dirección de Recursos Humanos ubicada en el nivel de apoyo de la estructura del Ministerio de Salud, sus objetivos de trabajo se proyectan al ámbito sectorial y mantienen las responsabilidades administrativas del RHUS del MS.

Dirección Nacional de RHUS

Objetivos

1. Contribuir al desarrollo de los recursos humanos para el logro de mayor eficiencia, eficacia, y equidad de los servicios directos e indirectos del Sistema Nacional de Salud y de las objetivos y metas contenidas en las políticas,

⁴ Gómez, María del Carmen (Ministerio de Salud) Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador El Salvador

planes, programas y proyectos de la institución y del sector.

2. Implantar una Política Nacional de Recursos Humanos en Salud en la que participen los actores sociales vinculados al campo de recursos humanos, para así facilitar el proceso de reforma y modernización del sector.

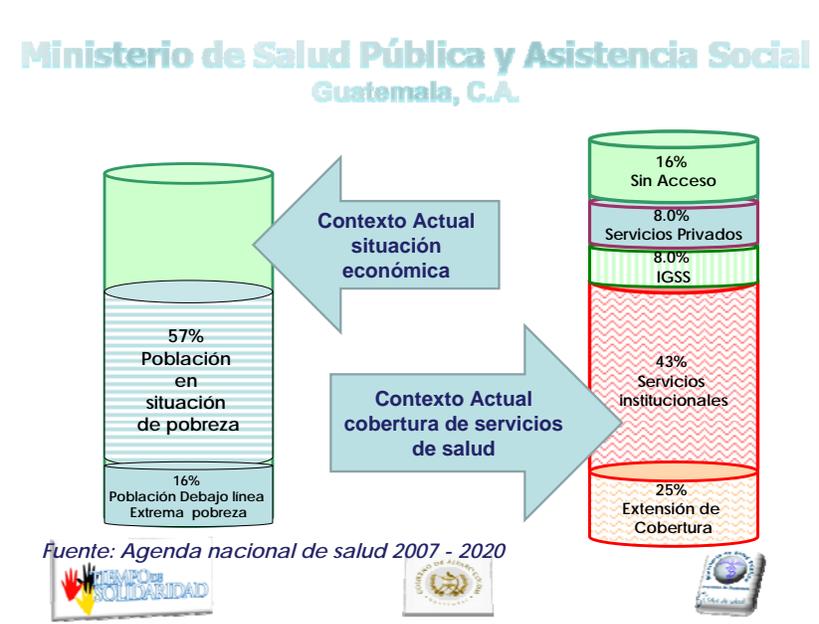
3. Participar en el proceso de regulación de los aspectos relacionados con la certificación y recertificación de los profesionales y técnicos, que se desempeñan en el Sistema Nacional de Salud, como procesos contributivos al logro de los principios de calidad, ética, eficacia, eficiencia y equidad en salud.

4. Impulsar y desarrollar los procesos de administración de Recursos Humanos, teniendo como marco de referencia las disposiciones y otros reglamentos vigentes, orientados al uso más eficiente de los mismos.

GUATEMALA⁵

PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EXPERIENCIAS Y DIFICULTADES

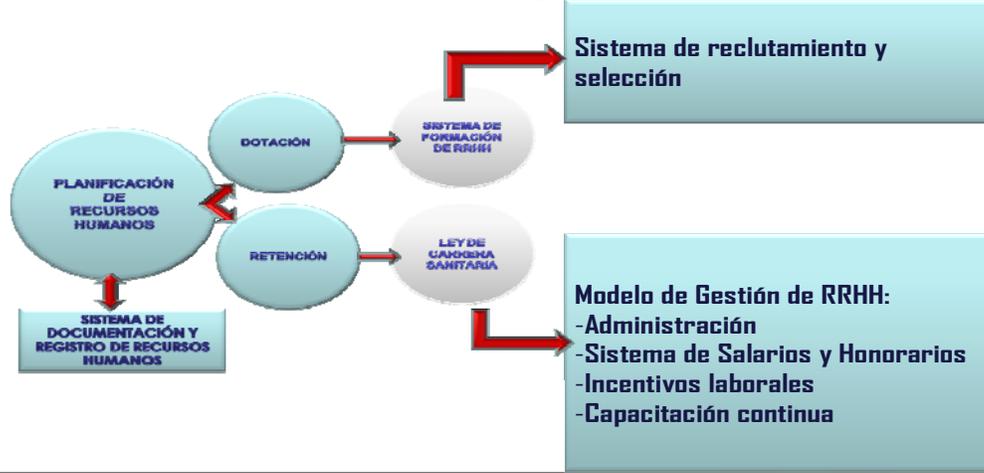
Partiendo de una síntesis del sistema de salud, el equipo de Guatemala, coloca un conjunto de informaciones que permiten ver al sistema en su funcionamiento, con una importante fragmentación, aspecto que es común a varios de los países participantes, señalan igualmente los temas de inequidad y pobreza como uno de los determinantes que contextualiza el trabajo que en salud realizan los equipos de los ministerios de salud.



El equipo de país, analiza la Planificación de RHUS como un factor crítico que debe ser asumido en el proceso de gestión de políticas de RHUS, establece como puede verse en el siguiente grafico dos áreas clave para la planificación la Dotación y la Retención de RHUS y a su vez dos procesos políticos y de gestión para la conducción de RHUS en salud que son el Sistema de formación de RHUS y la Carrera Sanitaria.

⁵ AYAPAN, Sergio (MS); VALENZUELA, Ingrid (MS), Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador El Salvador

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala, C.A.



Igualmente el equipo coloca tres aspectos centrales de la capacidad de gestión de la política de RHUS:

- Fortalecimiento de la Dirección de RHUS con procesos de reestructuración, inclusión de unidades específicas de planificación y planes concretos de trabajo
- La necesidad de mejorar la capacidad de análisis financiero, para la estimación de necesidades para el traslado del personal, incentivos, bonos, creación y reasignación de puestos, etc.
- El establecimiento de un espacio de decisión interinstitucional para el tratamiento del tema de RHUS, incluyendo y priorizando la investigación y la información (Observatorio de RHUS)
- Impulsando un sistema de capacitación continua en relación directa con la implementación de centros de conocimiento

Guatemala cuenta con una dirección general de Recursos Humanos, dependiente del Despacho Ministerial, sus funciones se proyectan al sector y mantiene la administración del personal sanitario del MS La Dirección General de Recursos Humanos en Salud es la dependencia del Nivel Central del Ministerio de Salud responsable de la formación, capacitación y administración de los recursos humanos en salud en función de la implementación y desarrollo del Sistema de Atención Integral en Salud. Es la encargada del diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas de desarrollo de recursos humanos en Salud de la institución y deberá coordinarse con todas las instituciones del Sector Salud para el logro de los objetivos sectoriales manteniendo un análisis permanente del mercado laboral y educativo; de las políticas de formación y capacitación de las demás instituciones y una política de puestos y salarios acorde con los requerimientos de la institución. Esta dependencia promoverá el mejoramiento de la calidad de vida laboral e integral de los trabajadores de la salud mediante la puesta en práctica de un sistema moderno de planificación y administración de recursos humanos en salud. Participa además en el desarrollo de investigaciones en servicios de salud y en recursos humanos en salud.

http://portal.mspas.gob.gt/direccion_de_recursos_humanos.html

NICARAGUA⁶ FORMACIÓN DE EQUIPOS DE SALUD BASADOS EN APS

Con un panorama político que podría aplicarse a varios de los países de la región, Nicaragua analiza los principales impactos que en RHUS.



PROBLEMAS ACUMULADOS	POLITICAS PROPUESTAS	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente formación de Técnicos y profesionales de la Salud. • Cierre de carreras técnicas • Privatización de los servicios • Reducción de la Fuerza de Trabajo en salud, • Incremento de la Brecha de recursos humanos • Limitaciones de captación en el mercado laboral • Dificultad de reemplazo por retiro de personal • Rezago salarial del personal de salud 	Elaboración de Políticas	Elaborada la propuesta de Ley de Carrera Sanitaria. Conformada la Comisión Nacional de Política Salarial. Elaborados los Manuales de Procedimientos de Gestión de Recursos Humanos Implementándose la Estrategia de Desarrollo de Recursos Humanos (talento humanos, desarrollo científico técnico y desarrollo organizacional)
	Reorganización y distribución del Personal	Pasantías de Residentes en Atención Primaria Residencias e Internados en unidades en los departamentos que tienen infraestructura docente Rotación del personal intra-unidad y de la unidad al municipio (Convenio Colectivo) Servicios de Especialidades de Atención Secundaria a la Atención Primaria
	Promoción de relaciones Laborales entre los trabajadores y organizaciones de salud como sujetos del sistema	
	Impulso de relaciones entre las instituciones formadoras de recursos humanos – Servicios de Salud	
	Disminución de efectos que provocan migración del personal de salud	

En el tema de planificación de RHUS, se presenta una estimación de RHUS (para todas las categorías aquí solo se coloca el ejemplo de los médicos) requeridos con un horizonte al 2012 para la operación del

⁶ GOMEZ, José (OPS Nicaragua), Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador El Salvador

sistema, aspecto que coloca la necesidad de explorar la relación formación y capacidad de absorción del sistema de salud (inserción y calidad del empleo) que es una temática común para todos los países de la región.

Estrategia de Desarrollo de Recursos Humanos

FORMACIÓN DE PERSONAL MÉDICO

PERFILES Y/O CARRERAS	EN FORMACIÓN EN 2008	META AL 2012	INCORPORACIÓN AL SISTEMA AL 2012
MÉDICOS GENERALES	324	2206	2206
MÉDICOS ESPECIALISTAS	584	1118	1118

El ejercicio de la rectoría y la capacidad de conducción de política de RHUS, esta directamente relacionada con el grado de liderazgo, concertación, participación y estructuración de una agenda común en este tema.

Para la tarea específica de alinear las competencias del personal de salud del sistema Nicaragua, se identifican un conjunto de limitantes, que podrían ser aplicables a varios de los países de la región y que reflejan los grandes desafíos de los gestores de RHUS al momento de enfrentar esta tarea.

ASPECTOS DE LOS RRHH A TOMAR EN CONSIDERACION PARA LA FORMACION DE EQUIPOS DE SALUD BASADOS EN APS.

- Existen 8 modelos de formación de RRHH (médicos), así como varios modelos para las tecnologías de la salud. (CT)
- Los programas de formación de médicos no responden a las necesidades del actual modelo de atención a la salud. (CT)
- Los RRHH dedicados a la función gerencial requieren adquirir las competencias necesarias para dirigir equipos de salud basados en APS. (CT)
- Los recursos humanos ubicados en la APS no tienen las competencias adecuadas para los servicios que brindan a la población (CT)
- Presupuesto insuficiente para la contratación de los RRHH necesarios para la implementación del MOSAFC y el completamiento de los EBS lo cual se agudiza en las zonas mas pobres y de difícil acceso. (CT)
- Estabilidad de los RRHH principalmente los médicos en los servicios del primer nivel de atención.
- Limitado el numero de nuevos ingresos a las Universidades nacionales para la carrera de medicina y de otros profesionales afines al sector.
- Gerencia limitada de los RRHH a nivel del MINSA y desarticulación de las áreas de RRHH y Docencia del MINSA con las Universidades (CT)

La formación del personal para el primer nivel de atención, en general se hace por disciplina, pese a que el requerimiento de trabajo en equipo y de integración en el trabajo es cada vez más exigente.

Nicaragua cuenta con una División General de Recursos Humanos dependiente del Despacho Ministerial <http://www.minsa.gob.ni/institucion/organigrama.html> cuyas funciones se proyectan al sector y mantienen la administración del personal del Ministerio.

Funciones generales	Funciones específicas
<ul style="list-style-type: none"> • Planificar estratégicamente los Recursos Humanos del sector. • Formular normas de gestión de los Recursos Humanos. • Desarrollar los Recursos Humanos en coordinación con instancias formadoras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar diagnóstico de los recursos humanos del sector salud. • Mantener actualizada plantilla de cargos de los recursos humanos del MINSA. • Actualizar y/o formular, divulgar e implementar políticas y normas de recursos humanos. • Establecer programa de atención en salud ocupacional. • Coordinar la actualización de las descripciones de cargos para su proceso de validación. • Establecer las políticas, lineamientos, metodologías del Plan de Desarrollo de Recursos Humanos del sector salud. • Elaborar e impulsar planes de desarrollo científico-técnico en el campo de la salud. • Coordinar con instituciones educativas en salud la formación de recursos humanos que respondan en cantidad y calidad a las necesidades del sector. • Promover la investigación para generar conocimientos y el desarrollo científico técnico que resuelvan los problemas de salud de la población. • Evaluar plan de desarrollo de los recursos humanos del sector salud. • Recopilar, procesar y difundir información científico técnica de interés sobre el sector salud.

REPUBLICA DOMINICANA⁷
CONSTRUCCIÓN DE UNA CARRERA SANITARIA POTENCIALIDADES Y DIFICULTADES

La Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, a través de su Dirección General de Recursos Humanos, inicia desde el 2006 un proceso de diseño, consulta y concertación de una ley de carrera sanitaria en el marco de la agenda estratégica de la reforma del sector salud y el plan decenal de salud, al día de hoy el país cuenta con:



El proceso de construcción y negociación de la propuesta de carrera sanitaria:

Dentro de las marcas de progresos trazadas, se destacan:

- A- Formulación conceptual de la Carrera Sanitaria:**
Existe propuesta de Ley de Carrera Sanitaria a nivel del Senado
- B- Establecimiento de políticas salarial y planes de compensación basados en el buen desempeño y cumplimiento de los objetivos del sistema de salud.**
Existe una Propuesta de Ley Nacional de Salarios y un Sistema de estímulo (incentivos y beneficios laborales) definidos, para el personal de salud, aplicada hasta el 2009.
- C- Creación de espacios de negociación y concertación para el manejo de las demandas de los trabajadores de salud y la gestión de conflictos.** Una Mesa de diálogos para el análisis y acción conjunta sobre la situación de los trabajadores de salud.

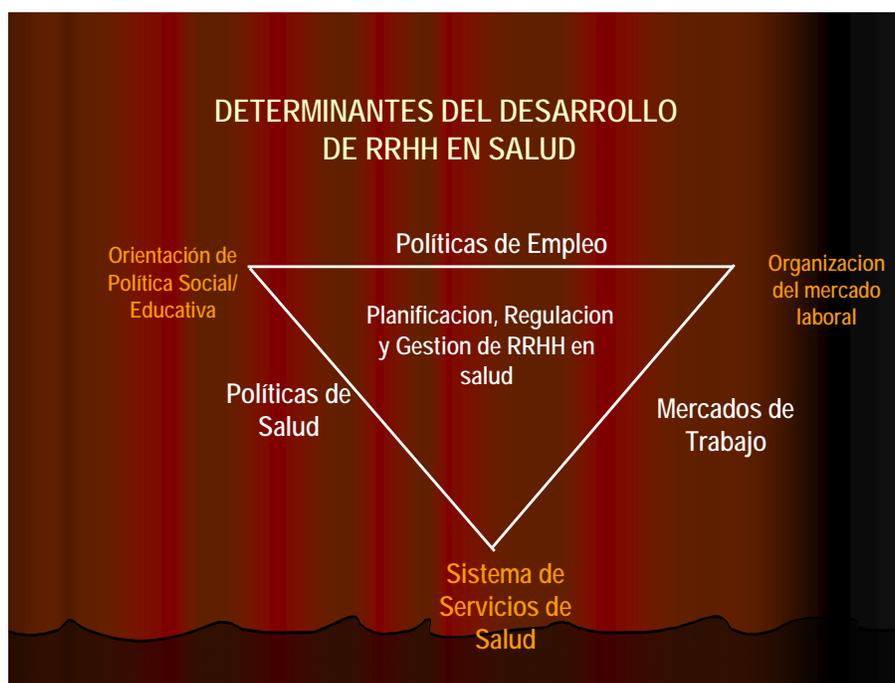
Esta propuesta incluye los siguientes elementos: Clasificación y Valoración de Cargos, Sistema Retributivo, Reclutamiento y Selección, Formación, Capacitación y Desarrollo, Promoción, Movilidad Territorial, Régimen Ético, y Registro, Certificación y Re-certificación del Profesional de la Carrera Sanitaria.

Republica Dominicana cuenta con una Dirección General de Recursos Humanos, dependiente del Vice Ministerio Administrativo – Financiero, es importante anotar que el MS cuenta con un Departamento de Residencias Medicas bajo la Dirección General de Calidad de la Atención que a su vez depende del Vice ministerio de atención a las personas.

⁷SANCHEZ, Nery (MS), Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador El Salvador

LA GESTION DE POLITICAS DE RHUS: EL DEBE SER

Carlos Rosales⁸, nos propone el siguiente esquema para explicar la complejidad del campo de acción del gestor de política de RHUS, los actores involucrados en cada uno de los temas colocados, sus relaciones los procesos sociales a los que se hace referencia, exigen un alto grado de poder político y capacidad técnica para ejercer efectivamente liderazgo para garantizar la coherencia entre las decisiones y las exigencias de los sistemas de salud en materia de RHUS.

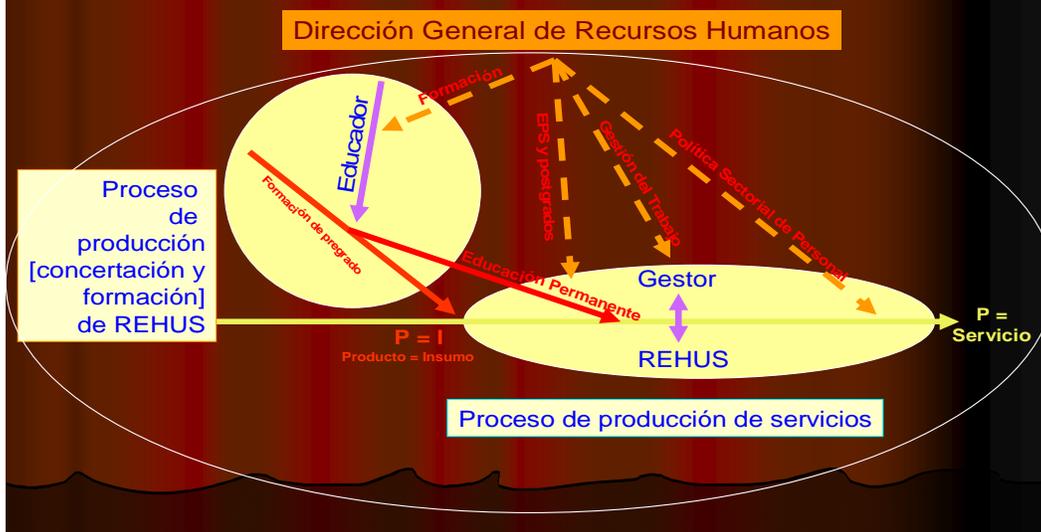


ROSALES, Carlos. (Regional OPS) Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador El Salvador

Como se desprende de esta visión, a más del establecimiento de una instancia nacional con poder político y liderazgo, es fundamental la conformación de un equipo de personas "calificadas" que construyan sistemáticamente las relaciones, los procesos y tomen las decisiones necesarias para seleccionar e implementar las mejores opciones de política de RHUS en respuesta al contexto sanitario, social y político en sus países. En el siguiente esquema propuesto por Carlos Rosales (OPS) se puede identificar el rol clave de esta instancia conductora en dos procesos clave el de la producción de RHUS y el de producción de servicios de salud

⁸ ROSALES, Carlos. (Regional OPS) Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador El Salvador

Funciones de línea y de staff de las Unidades de Recursos Humanos



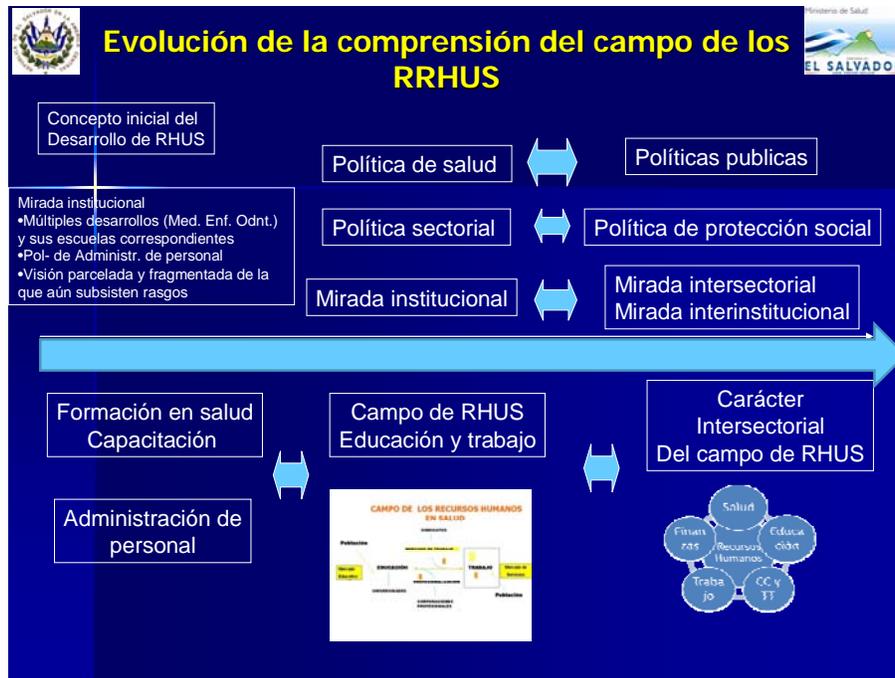
ROSALES, Carlos. (Regional OPS) Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San

Las unidades de RHUS nacen de una diferenciación de la función de administración de personal, necesaria para dar cuenta de los procesos de educación y trabajo vistos en el ámbito nacional, lo cual exige superar lo institucional y asumir el rol de rectoría, en general, las unidades de conducción de RHUS mas desarrolladas han diferenciado como funciones básicas la gestión del trabajo, la gestión educativa y la producción de información.

Esta estructura aparece como la más adecuada para conducir una agenda que incluye temas como

- Desarrollo de carreras sanitarias (Brasil, Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay, Perú, Ecuador, Guatemala, Colombia, Nicaragua, Republica Dominicana),
- Desarrollo de las capacidades institucionales para la gestión de RRHH (capacitación, profesionalización y especialización),
- Fortalecimiento de capacidades en APS (Capacitación, dotación, incentivos, equipos básicos),
- Negociación y manejo del conflicto, salud de los trabajadores de la salud,
- Desarrollo de residencias medicas en temas críticos.
- Migración de personal de salud

Tomando la propuesta de El Salvador, el proceso de evolución de la gestión de la política de RHUS crece en complejidad e implica ampliar el ámbito de relación y consenso, igualmente exige la profesionalización de la función de conducción en esta materia y establece la necesidad de un estrecho vínculo político y técnico para la toma de decisiones de la máxima autoridad nacional en salud, los y las ministras de salud.



DISCUSION

Este primer conjunto de presentaciones busca aproximarse al perfil de conducción de política de RHUS con que contamos en la Región Centroamericana y DOR con el fin de identificar las acciones que los logros en la conducción de RHUS de los países participantes.

Al momento los 8 países participantes en este encuentro cuentan con Direcciones nacionales de RHUS, que en general mantienen una doble función por un lado la responsabilidad sectorial de la planificación y simultáneamente la administración del RHU de los Ministerios de Salud (niveles centrales y función de provisión de servicios de salud), en general las estructuras internas de estas direcciones mantienen un mayor peso para las funciones administrativas, hay una tendencia a incorporar los temas de planificación y dotación para el ámbito nacional y sectorial lo que implica ya una ampliación al campo de acción de estas unidades. Anexo3: Ficha países centroamericanos y DOR.

En general los países cuentan con planes nacionales de salud en los que el tema de RHUS esta incluido, las agendas de trabajo guardan importantes coincidencias lo cual es un factor clave para el desarrollo de acciones conjuntas.

Si bien los lineamientos de política reflejan la complejidad de los temas persisten como problemas:

- Debilidad de las estructuras de conducción, lo que hace a los equipos de las unidades de RHUS vulnerables a los cambios políticos lo que genera inconsistencia en la implementación de políticas para el largo plazo y no permite la continuidad de procesos entre un gobierno y otro.
- Un aspecto señalado por los equipos es la necesidad de profesionalizar la función de gestión de la política de recursos humanos tanto mediante procesos de formación de capacidades como del intercambio de experiencias internacionales, especificando los procesos, estrategias y los contenidos

técnicos especializados para temas de planificación, negociación y gestión del financiamiento, diseño e implementación de sistemas de carrera sanitaria, incentivos y retención, regulación y reorientación de la educación, entre los más solicitados.

TEMA 2: INFORMACION PARA LA ACCION

La capacidad de conducción para la toma de decisiones tiene un componente fundamental que es la información – evidencia, como requisito clave para decidir el curso de la acción, este acápite explora la experiencia acumulada de los países participantes en el plano de la información cuantitativa base para la dotación - distribución de RHUS, la utilización de los sistemas de información en la perspectiva de tecnología que agrega la información sobre el RHUS en el plano institucional y sectorial.

Otro plano que se aborda aquí es la necesidad de ir documentando los avances que se logran como resultado de las decisiones de política, instrumento clave para la gestión de cualquier tema de gobierno, aquí se visita la experiencia de la medición de las Metas Regionales de RHUS, vistas como un recurso para medir el progreso que las decisiones de política tomadas por los países e identificar áreas en que se debe intensificar el trabajo.

La información y la decisión, así como el monitoreo de los procesos, para el tema de RHUS requiere de un escenario amplio de debate y decisión, que hoy no es ya solo interinstitucional, sino, intersectorial, en este tema se incluye el análisis de los Observatorios de RHUS su rol y función, proponiendo a los participantes un debate que permita clarificar el rol y la proyecciones de una instancia como esta en el quehacer de la política de RHUS.

Se priorizan las siguientes actividades conjuntas:

- a. Conformación de la Red de Observatorios de RHUS para Centroamérica y República Dominicana
- b. Medición de Metas Regionales de RHUS en acción colectiva y acompañamiento local si fuera requerido
- c. Se propone organizar un encuentro específico para abordar el tema de educación y formación de capacidades en salud el año 2011 así como los desarrollos disponibles para la educación en red (CVSP)
- d. Se propone organizar una actividad específica para el tema Carrera Sanitaria pues varios de los países se encuentran en negociación de sus propuestas de ley, se incluiría los elementos de operacionalización diseño de trayectoria del RH y estimación de necesidades financieras.
- e. La formación de capacidades con la perspectiva de movilización de voluntades y construcción de núcleos nacionales con potencial de ofrecer procesos de formación calificada es una de las acciones a ser diseñada y discutida con los países.
- f. La educación para el primer nivel de atención basada en APS

HONDURAS⁹

Información base para la dotación y distribución de RHUS: disponibilidad, confiabilidad y periodicidad

Con una población de un poco más de 8 millones de habitantes, el sistema de salud de Honduras provee una cobertura de servicios sanitarios del 65% a cargo de la Secretaría de Salud, 12 % del Instituto Hondureño de Seguridad Social, y un 8% de instituciones como FF.AA. Inst. Niñez y Fam. Privados, Ministerio de Trabajo y Otros, estimando en un 15% la población sin acceso.

La dotación de RHUS requiere como fundamento información detallada de número y tipo de RHUS en el país así como su distribución territorial y por unidades de provisión de servicio. Honduras presenta una primera medición de las Metas Regionales de RHUS, lo que permite identificar temas como desigual distribución entre zonas urbanas y rurales, concentración del recurso humano, problemas en las condiciones de trabajo, falta de mecanismos de coordinación universidad servicios, entre otros temas. Un análisis de la medición permite identificar la necesidad de revisarla y profundizar su medición, análisis y proyección en la gestión de políticas de RHUS.



Honduras nos recuerda las competencias esenciales para la gestión de RHUS y el gran limitante que, para el desarrollo de los Recursos Humanos, representan los vacíos en la información, por lo cual se hace necesario fortalecer la capacidad nacional para el diagnóstico adecuado de la problemática en Recursos Humanos en Salud y de esta manera facilitar la toma de decisiones para realizar una planificación estratégica real.

La poca uniformidad en las diferentes estimaciones para un mismo indicador ya sea de tipo cualitativo o cuantitativo hace que la confiabilidad de los datos sea baja, sobre la disponibilidad de datos ya existentes, tanto en las instituciones públicas como privadas es muy limitada, ante la falta de perfiles de puestos, rotación de puestos, reclasificaciones, mas de un empleo, necesidades e inequidades de la situación laboral del personal de salud, disponibilidad y confiabilidad de la información es un asunto clave a ser trabajado en profundidad.

En el caso del Ministerio de Salud de Honduras, no hay limitados datos específicos que permitan establecer necesidades de recursos humanos de acuerdo a perfiles epidemiológicos, cobertura geográfica y a las competencias que poseen los profesionales y sus unidades de RHUS, la Subgerencia de Recursos Humanos y el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, no tienen una relación directa para realizar la distribución de acuerdo a las necesidades de los personal de Salud en los diferentes niveles de la institución, lo cual nos lleva a la pregunta de la ubicación de la función de la

⁹ ARGUELLO, Jacobo Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador El Salvador

producción de información y más allá su utilización para la toma de decisiones, igualmente el rol que juegan las unidades de RHUS en la planificación general del RHUS en el país.

Un conjunto de informaciones básicas para la gestión “institucional” y específicamente la dotación del RHUS nos propone Honduras:

- Incorporación de nuevos recursos en sustitución
- por jubilación, incapacidades, muerte.
- Implementación de nuevos modelos de atención
- (Clíper, mancomunidades, grupos itinerantes, CI.MI)
- Incremento en la demanda de los servicios de las
- diferentes unidades de salud.

Para la formación de RHUS

- Solicitar las necesidades de personal en formación a las Regiones
- Departamentales de Salud
- Análisis y selección de las unidades priorizadas para la dotación
- Relación entre el personal asignado y conformación de equipos de
- Salud para el mejoramiento de Estrategias y Procesos en Salud
- Procesos de Monitoria y Evaluación del personal en formación para la
- Sistematización de los procesos

Para la distribución de RHUS

- Inventario de Carreras del Área de la Salud a Nivel Universitario y Técnico
- Inventario de Centros de Formación de Recursos Humanos en Salud
- Mapeo de las necesidades o prioridades de acuerdo a puestos a nivel nacional
- Datos relacionados con las diferentes modalidades de contratación de personal
- Inventario de cantidad de Profesionales y su ubicación
- Datos relacionados con las competencias del personal de salud de acuerdo al cargo

La obtención de esta información con carácter sistemático incluye un conjunto de actores sociales con quienes es fundamental establecer alianzas de trabajo Censos Nacionales (INE), Colegios Profesionales, Universidades, Escuelas de Enfermería y Técnicos Medios en Salud, servicio Civil, datos Administrativos de las Instituciones Públicas y Privadas y prestadoras de Servicios de Salud.

En este contexto los desafíos establecidos son:

Desafíos importantes sobre la información de RHUS	
•	Creación e implementación del Observatorio de Recursos Humanos en Salud.
•	Incorporación de indicadores para establecer la situación actual y que permita realizar la Monitoria respectiva
•	Propiciar una participación más activa de diferentes actores sociales relacionados con los recursos humanos en salud.
•	La aprobación de las nuevas políticas y elaboración e implementación del plan de desarrollo de Recurso Humano
•	Desarrollar perfiles y competencias en forma conjunta entre los formadores y prestadores de servicios.
•	Análisis de la situación debe incluir además de la prestación de servicios médicos, los servicios de apoyo.
•	Conformación de equipos a nivel departamental para el seguimiento de los procesos de Recurso Humano.

COSTA RICA¹⁰
Sistema Integrado de Información para la Gestión de RHUS

Desde una perspectiva sectorial, idealmente, un sistema integrado de información para temas de recursos humanos debería incorporar a todos los subsectores que conforman salud, para el caso de Costa Rica incluiría:



La agregación de la información estratégica es una función de conducción fundamental para la política que requiere un liderazgo desde la autoridad sanitaria y un proceso sistemático que permita un flujo continuo de información relacionado con el monitoreo de los cambios que se requiere obtener en la política, al momento en el país:

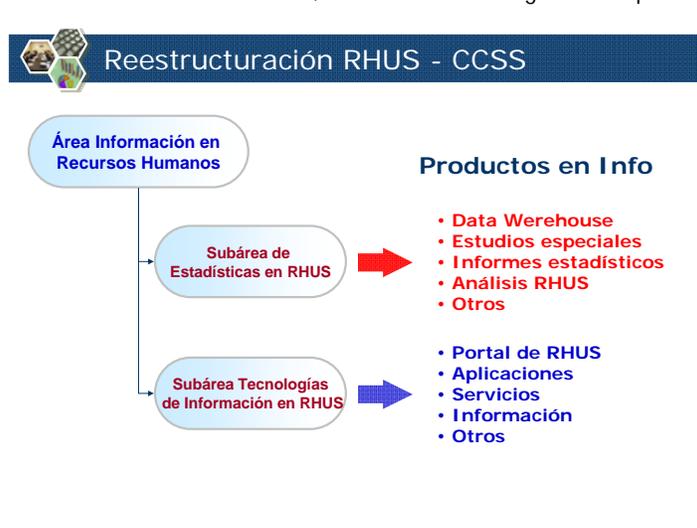
- No existe una unidad estratégica de conducción nacional en el tema de RHUS, formalmente creada e implementada.
- No hay un sistema de información articulado e integrado para la toma de decisiones.
- Se encuentran debilidades en los procesos de detección, generación, organización, análisis y diseminación de información necesaria, para realizar la identificación, seguimiento, comparación y evaluación de procesos, tendencias, problemas y opciones de intervención, en materia de desarrollo de RH a nivel nacional.
- No hay un monitoreo a nivel rector, sobre los avances en materia de política de RHUS.
- No se tiene lectura de las 20 metas regionales ni medición de indicadores. Se tiene planeado medir línea de base de cada meta con la Comisión Técnica para el Desarrollo de los RHUS en Salud.
- La calidad y disponibilidad de información es limitada.
- Al no disponerse de información, no se utiliza por lo tanto en la toma de decisiones en RHUS.

Al momento:

¹⁰ RIVERA, Luis. Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador El Salvador



La Caja Costarricense del Seguro Social cuenta con un sistema de información geo referenciado que permite contar con información de RHUS disponible en el portal institucional <http://rrhh.ccss.sa.cr/>, gestionada por la Unidad de Recursos Humanos, como se ve en el siguiente esquema:



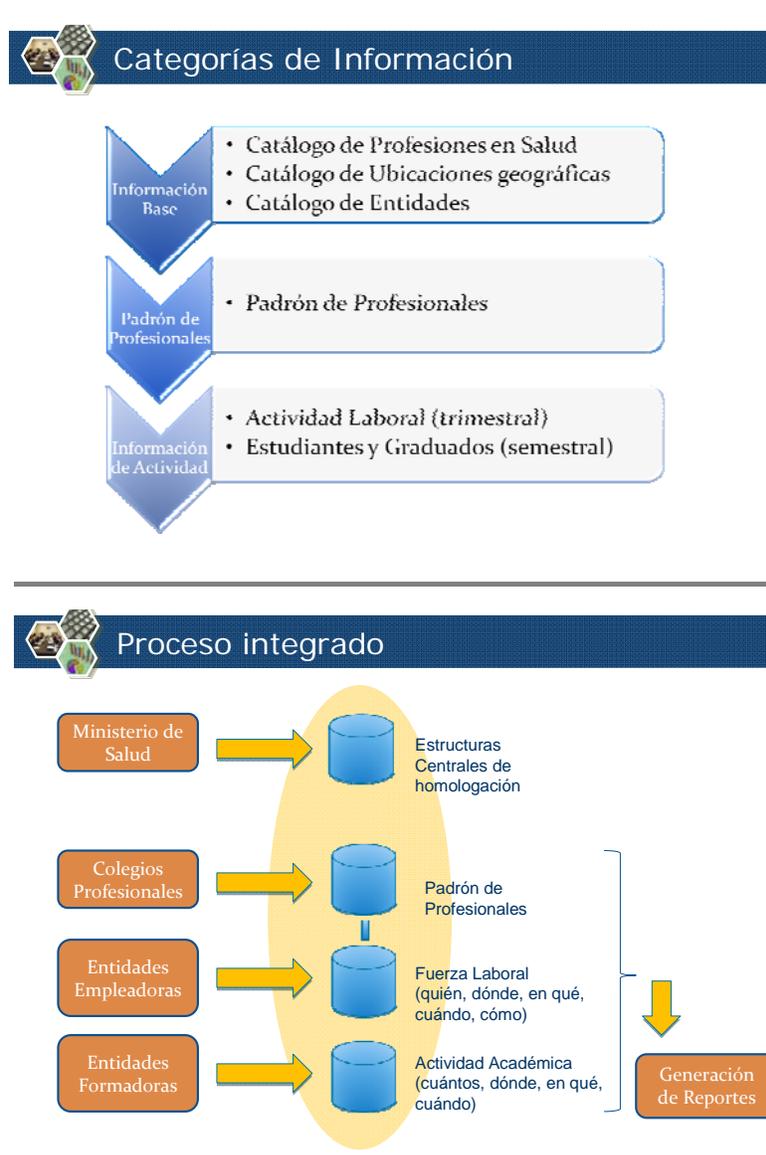
En este contexto, Costa Rica en un marco de convocatoria interinstitucional amplia, que incorpora a entidades formadoras y empleadoras públicas y privadas, colegios profesionales, ha diseñado una propuesta para un sistema nacional de información con los siguientes objetivos:

1. Obtener información crítica para la toma de decisiones y formulación de políticas públicas e institucionales.
2. Consolidar y acumular datos en un repositorio que permita caracterizar:
 - o la oferta nacional de profesionales autorizados para el ejercicio de la práctica.
 - o la fuerza laboral de profesionales en Salud.
 - o la oferta académica de profesionales en Salud

Las funciones del sistema de información serían:

1. Diseñar y actualizar el estándar nacional para la clasificación de profesiones en Salud.
2. Capacitar de forma permanente a los proveedores de información en el proceso de preparación de datos y como usuarios del sistema.
3. Recopilar periódicamente los datos definidos para alimentar el sistema.
4. Generar periódicamente reportes que publiquen los resultados del procesamiento y análisis de la información.

Las categorías de información y su procesamiento estandarizado serían:



Al momento la implementación de este sistema y sobre todo su uso efectivo exige una capacidad de convocatoria conducción sectorial integradora que ponga en operación los acuerdos y arreglos organizacionales del sector para avanzar hacia una información actualizada y confiable generada en forma sistemática y, principalmente utilizada para orientar las decisiones de política del país.

LA EXPERIENCIA DE LA MEDICIÓN DE METAS REGIONALES DE RHUS PROCESO VIVIDO, FORTALEZAS Y DIFICULTADES BELICE¹¹

Belice presenta la experiencia de medición de las Metas Regionales de RHUS como un insumo clave para el proyecto de reforma del sector salud del gobierno de Belice (2007-2011) e insumo principal del proceso de planificación nacional de RHUS.

La Reforma de Salud de Belice, orientada a la estructuración de un seguro Nacional de Salud, incluye el desarrollo de una política nacional de RHS, e inicia un proyecto específico obtener información básica y establecer una línea basal en RHUS realizando la medición de las Metas Regionales de RHUS.

En un trabajo colaborativo, el equipo de trabajo desarrolla un conjunto de actividades para lograr la medición de las metas y el levantamiento de información básica sobre RHUS en el país.

Metodología

- Reunión de presentación del equipo, junio, 2009
- Revisión del manual para monitoreo de metas regionales
- Identificar información requerida y fuentes disponibles
- Empezar actualización de la encuesta del 2008 de la información del personal del Min de Salud.
- Identificar los diez campos de información más relevantes
- Reuniones con personal del Min de Salud, universidad, KMHM, clínicas y regiones de salud, públicas & privadas
- Encuestas del personal de salud sobre políticas y regulaciones de RHS
- Recolección de información de graduados de la facultad de Enfermería, de ciencias de la salud y carreras finas y de trabajo social. (2000-2009)
- Información comparada de empleo y de graduados
- Examinar el estado de RHS de Belice en relación a las 20 Metas Regionales
- Desarrollar una estrategia para responder a los asuntos de RHS identificados

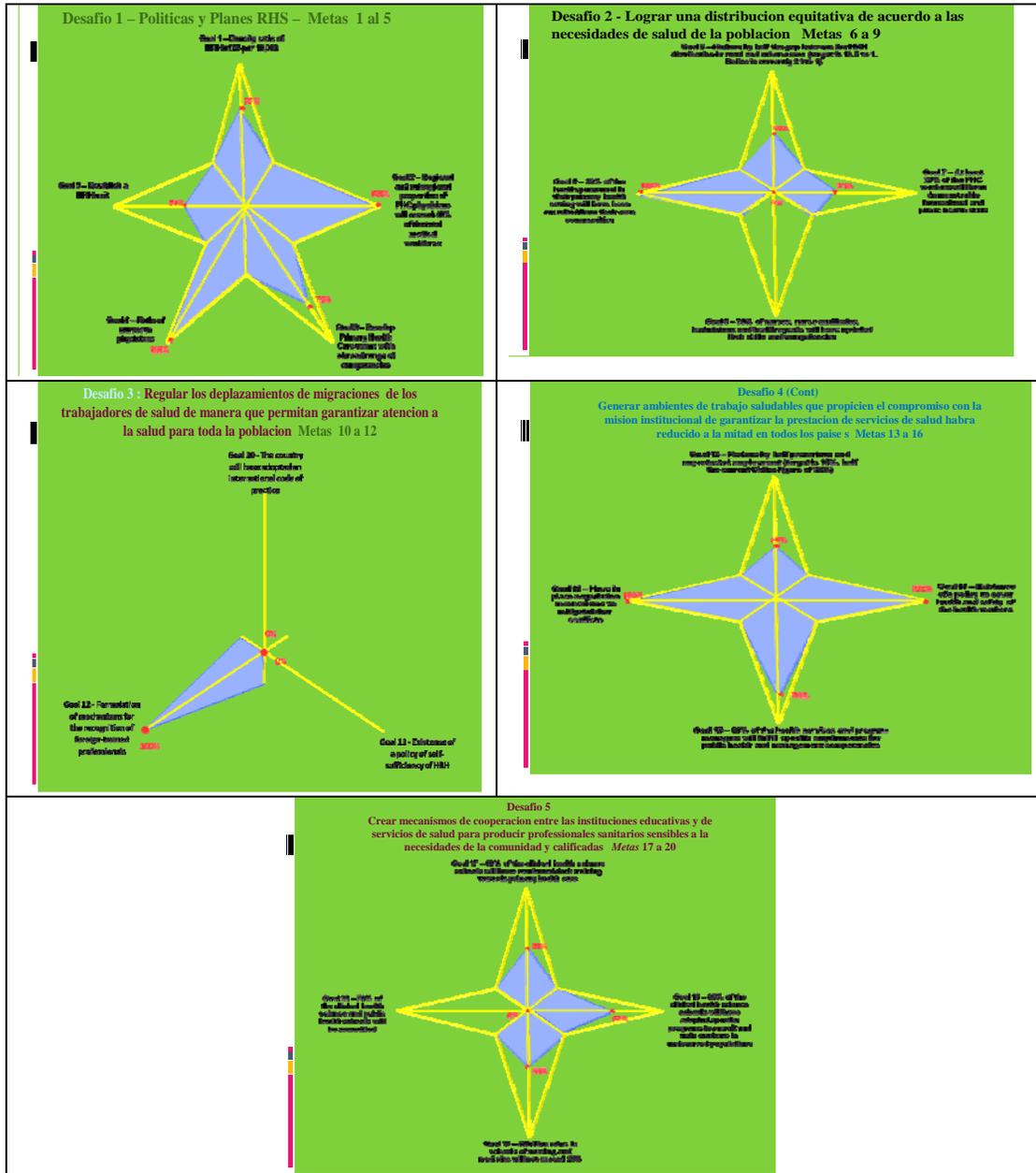
A Junio del 2009, Belice contaba con 2.283 empleados en la industria de la salud, 1,279 profesionales de la salud, la relación mujer hombre es de 2.2-1 en el sistema de salud, 25 por ciento de sus funcionarios tienen 30 años y un 4,5 por ciento más de 55 años. Hay más de 30 nacionalidades y grupos étnicos representados.

La medición de las metas regionales, reflejan como prioridades de política mejorar la distribución del recurso humano y su calificación con énfasis en los aspectos de interculturalidad, intensificar el trabajo en los temas de migración, especialmente en la generación de una política de autosuficiencia en la formación y retención de RHUS en salud, disminuir el trabajo precario, fortalecer los sistemas de

¹¹ AYALA, Alfonso; CASTILLO, Natalia (SS) Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador El Salvador

acreditación, evitar la deserción en la formación en salud y buscar estrategias para reorientar la formación hacia la APS.

El resumen de la medición permite comunicar en una vista integrada los aspectos a ser trabajados para alcanzar las metas planteadas. Corresponde realizar un análisis de opciones de política para cada una de las metas y utilizar esta medición para poder monitorear el avance del trabajo del país en esta materia.



Los desafíos para dar continuidad a esta medición y responder en el terreno de la política nacional son muchos y pasan por el fortalecimiento de una unidad y por tanto un equipo que pueda ir construyendo consensos y creando la institucionalidad necesaria para un trabajo sistemático, sostenible con horizonte de largo plazo.

EL SALVADOR¹²

Mecanismos sectoriales para la toma de decisiones

La implementación del Plan de Gobierno 2009-2014 y específicamente de un Sistema Nacional Integrado de Salud...basado en la Estrategia de APSI..." implica la reorganización de la red pública de servicios de salud para mejorar la capacidad resolutive, en el área de RRHH hay cuatro líneas de pleno desarrollo:

- a) Dotación suficiente y distribución adecuada del personal de acuerdo a las necesidades del país
- b) Institucionalización de la carrera sanitaria
- c) Condiciones laborales adecuadas para el desempeño de los trabajadores de la salud
- d) Diseño e implementación de programas de capacitación y educación permanente que incentiven el desarrollo científico-técnico del personal.

Con miras a fortalecer la gestión de RHUS y acompañar la implementación de la reforma del sector, el MS crea la Dirección de Recursos Humanos, instancia diferente a la de Administración de Personal, la dirección avanza en la formulación de un Plan estratégico que responda a las definiciones de la política buscando generar un espacio de trabajo interinstitucional que vaya estructurando un espacio de dialogo calificado y resolutive.

Algunos mecanismos para la concertación en RHUS en pleno desarrollo son:

- Acuerdos ministeriales: restructuración de las unidades de conducción de las residencias medicas en los 9 hospitales escuelas, conformación de la comisión académica institucional, conducida por el Sr. viceministro de políticas.
- Participación de la dirección en la construcción de las propuestas de RISS
- La CISALUD técnica y política como un verdadero y genuino espacio para el abordaje intersectorial de las situaciones de salud que apoya toda iniciativa
- Conformación de grupos específicos para el abordaje de temas específicos ej: comité de decanos/as, jefes de unidades de formación profesional, medición de metas
- Mesas Laborales
- Estudios de base

Uno de los mecanismos ha sido la convocatoria intersectorial para la medición de las Metas Regionales de RHUS en El Salvador. A partir de la conformación de un grupo nacional de coordinación integrado por ISSS, Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador, ISRI, MSPS direcciones de RH y planificación, previa una preparación técnica y revisión de fuentes de información institucionales y del país en su conjunto, se realiza un taller amplio de medición y análisis, con cuatro mesas de trabajo Políticas y planes, Educación, Trabajo y Migración.

¹² ELIAS, María Ángela. Directora de Recursos Humanos Ministerio de Salud de El Salvador Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador El Salvador

Los resultados de esta medición permiten observar las fortalezas y debilidades que al momento tiene el país como resultado de las acciones desarrolladas previamente y ofrece la oportunidad de direccionar medidas de política para ir cerrando las brechas existentes. Aquí una imagen síntesis del Desafío 5, relación Universidad Servicios que aparece como un área de política prioritaria para el país.



La ponencia señala que teniendo como referente el proceso de reforma, hay que resaltar la importancia de la planificación conjunta de los procesos de trabajo, la necesidad de contar con información de los procesos de recursos humanos, con capacidad de convocatoria a los niveles políticos y técnicos, y puntualiza la oportunidad de contar con el Consejo Intersectorial de Salud CISALUD técnica y política como espacio genuino para el abordaje intersectorial de las situaciones de salud. Igualmente señala como estrategia de trabajo la conformación de grupos específicos para el abordaje de temas especializados Ej.: comité de decanos/as, jefes de unidades de formación profesional, medición de metas.

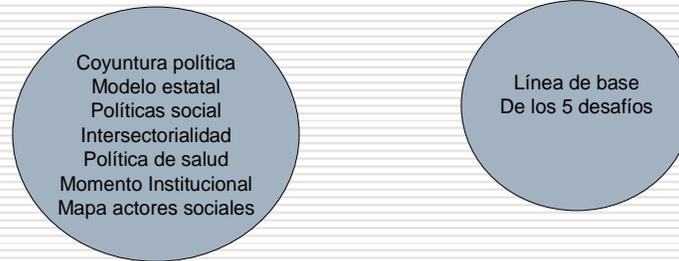
LAS METAS REGIONALES DE RHUS PLANIFICACION Y MEDICION DEL PROGRESO¹³ Una agenda de política de Estado de RHUS

Las metas regionales de RHUS, compromiso regional adquirido y aprobado por los países de las Américas, fueron diseñadas con el fin de proveer a los países de un marco concreto de referencia para el desarrollo de la política de recursos humanos en salud, tomando como referente aquellos aspectos que deben modificarse en materia de RHUS para garantizar una efectiva implementación de una política de alcance nacional que contribuya efectivamente a la estructuración de sistemas de salud integrados, integrales, de calidad y basados en APS.

La lógica de esta medición es la de la planificación, análisis y selección de acciones que nos permitan movilizar voluntades y recursos para la consecución de una imagen objetivo, utilizando trazadores que faciliten el monitoreo de los avances logrados y de los vacíos por alcanzar, como nos propone Margarita Velasco en este esquema:

¹³ VELASCO, Margarita. Observatorio Social del Ecuador. Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2010. San Salvador El Salvador

LÓGICA DE PLANIFICACIÓN



1. ANALISIS SITUACIONAL

EL PRESENTE QUE IMPIDE VIVIR EL FUTURO

En esta perspectiva la medición de las metas busca establecer un punto de partida que oriente la formulación de una política de RHUS, organizando alrededor de los grandes desafíos del campo de RHUS una discusión sectorial y la calificación conjunta de este punto de partida.

La metodología seguida incluye la siguiente secuencia de acciones:

1. Construir un equipo nacional coordinado por las unidades de conducción de RHUS de los países alrededor del levantamiento de la información para medir líneas de base de las metas, este proceso de liderazgo y coordinación es elemento central para fundamentar este proceso de trabajo colectivo y construir en el camino una comunidad de reflexión – acción en materia de RHUS.
2. Este equipo nacional:
 - Construye un mapa de actores sociales que requieren participar y desarrollar alianzas alrededor de los temas de política de RHUS como información base para la conformación de mesas de trabajo como mecanismo de decisión concertada
 - Utilizando las guías metodológicas, identifican fuentes de información y analizan su validez.
 - Calculan los indicadores
 - Comparar los indicadores del presente con las metas planteadas (estrellas comunicacionales)
 - En síntesis establecen la línea de base

Este ejercicio idealmente debe llevarse a cabo en un taller sectorial altamente participativo, que incluye la convocatoria a los actores involucrados y la medición colectiva de las metas, 6 de ellas cuantitativas y que requieren de una coordinación específica Institutos nacionales de estadísticas y censos – Ministerios de Salud. El resto son metas e indicadores que se basan en criterio experto, grupo focal e informante clave.

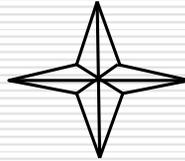
3. Una vez establecida la línea de base corresponde analizar: la circunstancia contextual, el modelo de estado y de desarrollo, el planteamiento de políticas sociales, la relación intersectorial y las implicaciones de esta determinación para el desarrollo de estrategias, las prioridades de políticas de salud, los cambios en la institucionalidad del estado, entre otros elementos y a partir de ese ejercicio formular una propuesta de acciones prioritarias base de una política de recursos humanos, que pueda ser consensuada e idealmente oficializada.
4. Toda vez que esta política parte de la medición particular de cada país, corresponde establecer el sistema de monitoreo de la política y el rendimiento de cuentas a ser acordado por los actores allí convocados. La fortaleza así como los resultados que se pueden obtener de esta medida, dependen del liderazgo y la voluntad política

Desafíos y lecciones aprendidas en este proceso:

El proceso de medición de las Metas regionales en el área andina y en el Cono sur nos deja algunas lecciones:

- Es necesario establecer alianzas sistemáticas con las instituciones que producen información sistemática, específicamente los institutos nacionales de estadísticas y censos para en un futuro contar con información de calidad en los temas que abordamos.
- permite definir el tipo y características de los sistemas de salud y sus objetivos y prioridades, los modelos de atención y los procesos de cambio.
- permitió identificar las prioridades de la agenda de RHUS para la región.
- demuestra los distintos niveles de desarrollo de la temática de RHUS, sus avances y retrocesos, por tanto orienta para las acciones dirigidas a resolver las deficiencias.
- ES fundamental realizar mediciones conjuntas para evidenciar el desplazamiento logrado por la intervención política de los equipos nacionales.
- Compartir entre los equipos una misma metodología y el desafío de medirnos desde dónde partimos para transformar la situación de los RHUS abre posibilidades de acciones conjuntas, que sobre la base de experiencias nacionales, amplían las oportunidades de avances conjuntos.

GESTORES DE ESTRELLAS



El aprendizaje colectivo frente al desafío del monitoreo creó una comunidad de gestores de recursos humanos, un equipo **transandino de gestores de personas** que construyen cada día pedazos de estrellas.

OBSERVATORIO DE RHUS¹⁴

Un análisis de la estrategia del Observatorio de RHUS iniciado en 1998 por OPS en coordinación con grupo de países de la Región de las Américas, ha colocado la necesidad de establecer, luego del proceso vivido y las lecciones aprendidas, un modelo estratégico que establezca los elementos de estructura, gobierno, relaciones y proyecciones.

La ponencia plantea que si bien, a fines de la década del 90 el impulso de la estrategia de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud tuvo como entre sus principales fundamentos la abogacía para instalar la temática de los Recursos Humanos en las agendas sanitarias nacionales y regionales y el fortalecimiento de la función de rectoría de los Ministerios de Salud, en esta década su rol fundamental debe ser el apoyo a la implantación en los países de procesos de la Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud, a través de la gestión del conocimiento y la información relevante para la toma de decisiones.

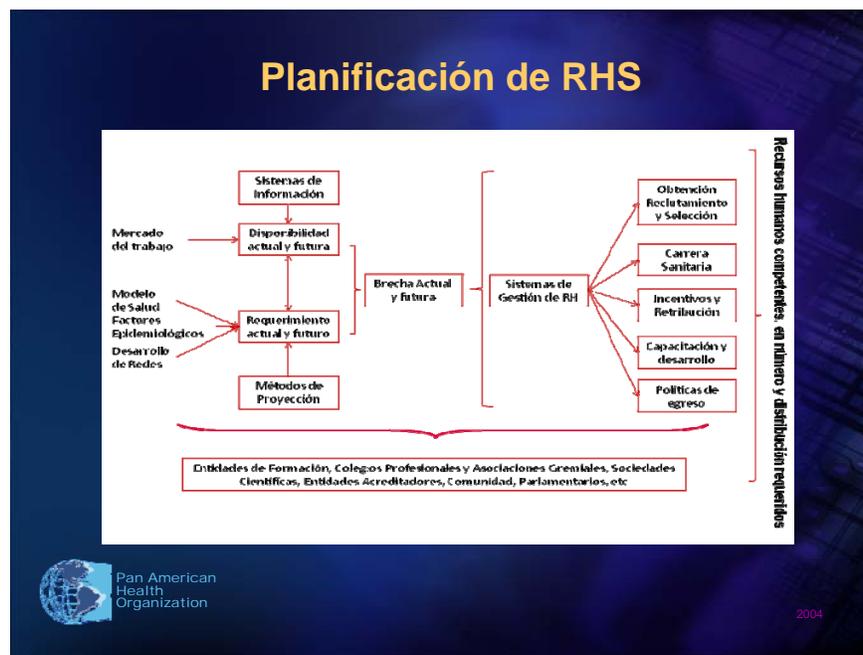
Hace énfasis en la necesidad de insistir en la importancia de la información como base de los procesos políticos de decisión cotidiana en materia de RHUS en particular.

“Muchos ministerios de salud, hacen proyecciones, o al menos previsiones corto plazo, de sus necesidades futuras de recursos humanos. Sin embargo, con frecuencia se hace sin referencia específica a los actuales planes de servicios de salud o a los proyectados, ni tampoco a la capacidad educativa que tiene el país. Pocos países que se enfrentan a escasez de personal sanitario han desarrollado políticas

¹⁴ SEPULVEDA, Hernán. Consultor OPS/OMS WDC. Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2009. San Salvador El Salvador

detalladas RHS y planes estratégicos para orientar las inversiones en educación y salud, con el fin de construir la infraestructura humana necesaria para sus sistemas de salud”¹⁵

El siguiente grafico ilustra algunos de los temas clave que requieren de información sistemática y confiable base para la gestión de los sistemas de salud.



Modelo estratégico del Observatorio de RHUS

Definición: Es una red regional de gobiernos, instituciones académicas de servicio y organizaciones sociales, promovida por la Organización Panamericana de la Salud para la generación, análisis, acceso e intercambio de información, conocimientos y experiencias que respalda la toma de decisiones y la formulación e implementación de políticas públicas, en respuesta a prioridades nacionales y a las metas regionales de RHS.

Misión: Contribuir a la generación de información y conocimiento mediante el trabajo colaborativo en red para el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de la entidad rectora y de formulación y gestión de políticas y planes de RHS orientados a la cobertura universal y al desarrollo de Sistemas de Salud basados en APS

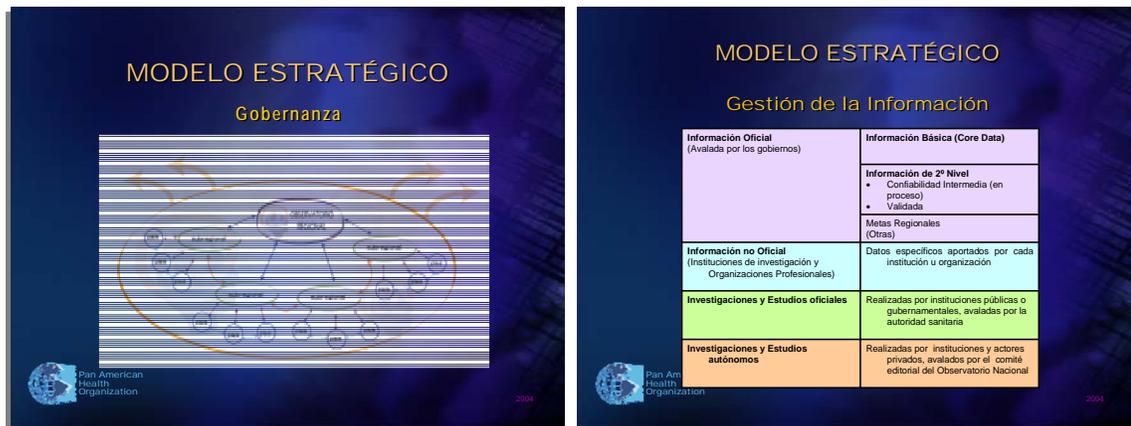
Objetivos:

1. Producir evidencias en RHS, a través del análisis crítico y sistemático y desde distintas perspectivas, en función de las necesidades del país
2. Generar información estandarizada en materia de Recursos Humanos en Salud
3. Evaluar y monitorear situaciones y tendencias de los RHS relacionadas con las metas regionales de RR.HH. y los cinco desafíos del Llamado a la Acción de Toronto

¹⁵ OMS. "Models and tools for health workforce planning and projections" OMS Junio 2010

4. Mejorar la calidad de la información y fortalecer los sistemas de información de Recursos Humanos en salud
5. Identificar las brechas de información y necesidades de investigación en materia de RHS
6. Diseñar estrategias de comunicación y de difusión de la información, evidencias y de las acciones concertadas

Establece los principios para su funcionamiento a través de tres modelos a) Gobernanza, b) Gestión de la Información y c) Tecnológico



Modelo tecnológico proponiendo que la Red del Observatorio funcionará con un Sistema de Gestión de Contenidos, inter operable con páginas Web a nivel regional, subregional y nacional.

En el conjunto de países participantes, el desarrollo de los observatorios de RHUS es un recurso aceptado y requerido, que requiere ser colocado en la agenda de trabajo de la cooperación técnica para la Región Centroamericana.

La estrategia de los Observatorios de RHUS en la región permitió que en la mayoría de los países centroamericanos se establecieran, asociadas a las Direcciones Nacionales de RHUS, comisiones técnicas de carácter interinstitucional, con amplia participación en el sector salud, que produjeran análisis de RHUS con diferente profundidad así como información de datos básicos cuya actualización ha dependido de la vigencia de estas comisiones o grupos de trabajo. Se mantiene en los países, pese al cambio continuo de autoridades y responsables una memoria de actividad positiva que ha sido descontinuada, pero con alta potencialidad.

La función cumplida por los Observatorios, basados en la constitución formal de comisiones interinstitucionales, han logrado en algunos casos trascender de un gobierno a otro pero no en la dimensión que vincula la información con la toma de decisiones y la coordinación. La función de garantizar la producción y disponibilidad de información confiable no está legitimada y en ese sentido hay un gran desafío para que estas instancias constituyan un recurso efectivo para la gestión de políticas en los países.

	Bajo la iniciativa del Observatorio de RHUS Que ha producido el en el país	Existe un instancia nacional que tiene la función de planificación y generación de información para la toma de decisiones en RHS?	Hay una pagina Web
BEL	Asistencia las reuniones Medición de las Metas Regionales de RHUS	PAPU Belice (Unidad de Análisis Política y Planificación) en el Ministerio de Salud Generadores de Info: UB, MOH, MOE, Ministry of Foreign Affairs, National Statistic Institute	
COR	Hasta el 2008 Comisión técnica intersectorial trabajo en el observatorio con el información de formación de técnicos y profesionales en avance de los desafíos. En el 2010 se retuvo y sirvió de insumo para un plan de estratégico de la comisión	Equipo de RHS ubicado en la Dirección de Garantía de los Servicios de Salud con el apoyo de la comisión interinstitucional. 1. Institucion empleadoras (MS/CCSS/INS/Acueductos y Alcantarillados) 2. Instituciones formadoras publicas y privadas 3. Ministerio de Planificacion Nacional 4. Direccion General de Servicio Civil Federación de Colegios Profesionales	
ELS	En 2001-2002 se identifico actores claves de la Observatorio Tienen Información básica formación y fuerza laboral de salud 1999-2008 Rectoría es por el ministerio de salud Participo un grupo multisectorial GIDRHYUS que dirigía el Core Data	GIDRHUS descontinuado Esta en proceso la formación de la comisión intersectorial Dirección de Desarrollo de RHS en colaboración con el sector de salud y con todo el apoyo político : 1. Ministerio de Salud 2. Seguridad Social 3. Sanidad Militar 4. Seguridad de Maestras 5. Ministerio de Educación 6. Ministerio de Hacienda 7. Ministerio de Trabajo 8. Universidades y Escuelas Técnicas Formadoras 9. Instituto de Rehabilitación 10. Consejo Superior de Salud Publica	
GUT	Estudios core data	Comisión Interinstitucional Lanzamiento oficial	
HON		Se inicio con una convocatoria amplia e intersectorial, comisión nacional de RHUS pero fue decayendo por los cambios de gobierno,	
NIC	Estudios de datos básicos publicados Se desarrollo una Pagina Web 2003 – 2004 La alimentación de los datos no ha sido sistemática	Comisión Interinstitucional liderada por el MS al momento inactiva	
PAN	No hay Observatorio de RHUS		
DOR	Estudios de datos básicos	Comisión Interinstitucional	

Todos los países participantes coinciden en que es necesario impulsar la organización y fortalecimiento de los Observatorios, las medidas sugeridas son:

1. Desarrollar un tipo de red no jerárquica, de orientación voluntaria con responsabilidad Política del gobierno con capacidad de sobrevivencia y auto exigencia, que facilita la sostenibilidad.
2. Desarrollo de espacios de intercambio negociación concertación y acuerdo, entre actores que les permita la apropiación de las decisiones políticas y la actuación como comunidad de salud publica.
3. Promover la Transferencia de tecnología , conocimientos y experiencias entre actores en el sentido de bienes publico

4. Claridad en lo que se quiere, desarrollo de identidad, incorporación de los objetivos como tarea prioritaria; asegurarse la participación de entidades que realmente se requiere y quieren trabajar.
5. Desarrollo de espacio para socialización y relaciones sociales entre actores
6. Aprovechar el potencial de redes existentes.

**EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS PARA EL PERSONAL DE SALUD EN
CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA: POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE
ACCIÓN¹⁶**

La ponencia pone de relieve la necesidad de abordar el tema del fortalecimiento de las competencias en salud pública buscando la formulación de políticas de aprendizaje inclusivas, dinamizadoras de redes colaborativas y que aprovechen los desarrollos de la tecnología para su mayor cobertura e impacto.

En esta perspectiva se desarrolla un proyecto regional desarrollado a partir de una iniciativa de OPS y de una metodología desarrollada por el INSP de México y basada en las experiencias de Canadá, Estados Unidos y Reino Unido, para la generación de un marco regional de competencias en salud pública. Este proyecto incluye al momento a Brasil, Puerto Rico, Colombia, Chile, Perú y México y busca definir:

COMPETENCIAS PROFESIONALES POR DOMINIOS SUSTANTIVOS (GRUPOS DE FESP):	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DEL PERSONAL SANITARIO POR ÁMBITOS DE PRÁCTICA:
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de situación de salud. • Vigilancia y control de riesgos y daños. • Promoción de la salud y participación social. • Política, planificación, regulación y control. • Equidad en el acceso, calidad en los servicios individuales y colectivos. • Salud internacional / global. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de la autoridad sanitaria nacional • Nivel de la administración a nivel descentralizado • Nivel de gestión de la red de servicios • Nivel comunitario (servicios primera línea)

La conformación de redes colaborativas de aprendizaje en los países es la propuesta para responder a la necesidad de fortalecimiento de competencias en los países.

¹⁶ SUAREZ, Juana. Consultor OPS/OMS Ponencia I Encuentro comisión técnica de RHUS COMISCA, OPS. Octubre 2009. San Salvador El Salvador

PUNTOS A CONSTRUIR COLECTIVAMENTE

VEHÍCULOS PARA LA CAPACITACIÓN



REDES NACIONALES Y REGIONALES DE APRENDIZAJE Y ENSEÑANZA.

PRODUCCIÓN E INTERCAMBIO DE RECURSOS EDUCACIONALES ABIERTOS, EN UNA LÓGICA DE CONVERGENCIA Y DE BIENES PÚBLICOS.

Se menciona específicamente el ejemplo de VIH Sida, ejercicio de formación con participación de varios países en red aplicando criterios de sostenibilidad y se construya a partir de las capacidades locales.

UN CASO PARTICULAR: CURSOS DE VIH

CRITERIOS DE SOSTENIBILIDAD: RED DE INSTITUCIONES

IDENTIFICACIÓN DE VOLUNTADES POLÍTICAS Y ACADÉMICAS PARA LA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA DE UNA ESTRUCTURA EN FORMA DE RED QUE NOS BRINDE SOSTENIBILIDAD EN LOS PROYECTOS Y QUE APROVECHE LAS CAPACIDADES LOCALES.



TEMA 3: DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD PARA CENTROAMÉRICA Y REPUBLICA DOMINICANA: UN PROYECTO CONJUNTO

1. Se ratifica los ejes de trabajo del Plan de la Comisión Técnica de RHUS /COMISCA.
2. Se retoma el Proyecto de Bienes Públicos Globales presentado al BIID, el mismo que fuera ya aprobado por las instancias políticas correspondientes en la COMISCA así como en RESSCAD y se solicita a la Secretaria de la COMISCA retomar la presentación y negociación del Proyecto para lo cual se mantiene una línea de comunicación permanente con los Ministerios de salud de los países participantes a través de sus Unidades de Conducción de RHUS.
3. Se priorizan las siguientes actividades conjuntas:
 - a. Conformación de la Red de Observatorios de RHUS para Centroamérica y Republica Dominicana
 - b. Medición de Metas Regionales de RHUS en acción colectiva y acompañamiento local si fuera requerido
 - c. Se propone organizar un encuentro específico para abordar el tema de educación y formación de capacidades en salud el año 2011 así como los desarrollos disponibles para la educación en red (CVSP)
 - d. La formación de capacidades con la perspectiva de movilización de voluntades y construcción de núcleos nacionales con potencial de ofrecer procesos de formación calificada es una de las acciones a ser diseñada y discutida con los países.
 - e. La educación para el primer nivel de atención basada en APS
4. Se acuerda circular la Memoria de la Reunión y solicitar los aportes a todos los participantes.
5. Se elaboran planes nacionales de trabajo orientadores para la cooperación técnica de OPS subregional a ser complementados en trabajo específico con cada país a continuación.

COMISIÓN TÉCNICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

PROPUESTA DE PLAN DE TRABAJO – BELICE

Contraparte: Punto focal del Ministerio de Salud – Dr. Tucker / Observatorio de RHS de Belice

MEDICION DE METAS	OBJETIVOS - ACTIVIDADES
1. Meta 5 Establecimiento de unidad de RHS	Revisar la propuesta de la formación de la unidad de RHS para aprobación de las autoridades de salud para su implementación.
2. Meta 7: 70% de los TAPS demuestran competencias interculturales y de salud pública.	Institucionalizar pre y post educación de las ciencias de la salud para construir competencias interculturales en RHS; integrar lineamientos para atraer estudiantes indígenas a aplicar a programas de ciencias de salud; reforzar el reclutamiento para contratación de personas indígenas en RHS
3. Meta 10: Adoptar un código internacional de práctica de reclutamiento de RHS	Adoptar el Código Global internacional para el reclutamiento internacional para personal de salud OMS y adoptar el Commonwealth código de práctica para la reclutamiento internacional de RHS. -
4. Meta 11: Existencia de política de auto suficiencia de RHS	Desarrollar una política nacional en base a la autosuficiencia de RHS.
5. Meta 14: Existencia de una política que cubre la salud y seguridad de los trabajadores de salud	Políticas, estrategias, protocolos de Salud y Seguridad Ocupacional desarrollado e implementado a nivel nacional.
6. Meta 15 : >60% de los servicios de salud y gerentes de programa cumplirán con requisitos específicos para salud pública y competencias de gerencia, incluyendo ética	Acuerdo de consenso de competencias básicas de salud pública para un marco de referencia común para reforzar los equipos de APS.
7. Meta 20: Acreditación de escuela de enfermería	Cumplir revisión externa y interna de programas de educación de salud para satisfacer los requisitos de acreditación.

COMISIÓN TÉCNICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

PROPUESTA DE PLAN DE TRABAJO – COSTA RICA

1. Creación de la Unidad de Conducción Estratégica Sectorial.

Actividades	Tiempo	Responsables
1. Revisión del listado de problemas prioritarios y estrategias.	Noviembre 2010	Equipo de trabajo (DGASS, DPES, DAGP-CCSS, OPS)
2. Análisis de las demandas de RHUS en Salud del modelo de atención de salud hacia la Rectoría (Sesión de trabajo con Viceministro de Salud).	Noviembre 2010	Equipo de trabajo (DGASS, DPES, DAGP-CCSS, OPS)
3. Análisis y definición de las funciones y competencias de la unidad.	Diciembre 2010	Equipo de trabajo (DGASS, DPES, DAGP-CCSS, OPS)
4. Confección del borrador de propuesta de la Unidad de Conducción.	Diciembre 2010 y enero 2011.	Equipo de trabajo (DGASS, DPES, DAGP-CCSS, OPS)
5. Discusión con la Unidad de Desarrollo Organizacional (DPEI) del Ministerio de Salud	Febrero 2011	Equipo de trabajo (DGASS, DPES- Viceministro)
6. Elaboración de propuesta consensuada.	Febrero – Marzo 2011	Equipo de trabajo (DGASS, DPES- Viceministro)
7. Presentación de propuesta final ante Autoridades del Ministerio de Salud.	Abril 2011	Viceministro y DGASS.
8. Aprobación de la propuesta por parte de las Autoridades	Abril 2011	Viceministro y Ministra de MS

2. Medición de Metas Regionales

Actividades	Tiempo	Responsables
1. Análisis y discusión de metas regionales y la relevancia de la medición.	Enero 2011	Equipo RHUS del MS y Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.
2. Análisis y Validación de la Metodología de trabajo.	Enero-febrero 2011	Equipo RHUS del MS, Dirección de Vigilancia de la Salud y Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.
3. Preparación de condiciones para el desarrollo de la metodología.	Marzo – Abril y Mayo 2011	Equipo RHUS del MS, Dirección de Vigilancia de la Salud y Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.
5. Ejecución de la medición línea de base.	Junio, Agosto y Setiembre 2011	Equipo RHUS del MS y Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.
6. Procesamiento de la información y análisis de resultados.	Octubre 2011	Equipo RHUS del MS y Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.
7. Elaboración del informe	Noviembre 2011	Equipo RHUS del MS y Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.
8. Presentación de resultados de la medición antes Autoridades.	Diciembre 2011	Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.
9. Seguimiento a los resultados	-	Equipo RHUS del MS y Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.

1. OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS

Objetivo: Contar con una unidad de conducción estratégica sectorial en Recursos Humanos, formalmente establecida y debidamente aprobada.

Plan de acción

Actividades	Tiempo	Responsables
1. Continuación de discusión y análisis iniciado en la ERH-DGASS.	Noviembre - Diciembre 2010	Equipo de Recursos humanos en Salud de la DGASS y Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.
2. Análisis y discusión sobre ORH con la Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos.	Marzo 2011	Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud- OPS.
3. Formulación del modelo estratégico del Observatorio Nacional de Recursos Humanos.	Abril – Mayo 2011	Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud- OPS.
4. Presentación de las propuestas ante las autoridades y aprobación.	Junio 2011	Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud – OPS.
5. Ajuste de la propuesta	Julio 2011	Equipo de Recursos humanos en Salud de la DGASS
5. Lanzamiento y puesta en marcha del Observatorio Nacional de Recursos Humanos.	Agosto 2011	Autoridades del Ministerio de Salud , OPS, Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud y Equipo de Recursos Humanos en Salud.

Notas: Debe valorarse factibilidad de financiamiento de actividades por parte de OPS.

Análisis dentro del contexto regional.

- Desarrollo de competencias para implementación de observatorio, medición de metas, unidades conductoras sectoriales.
- Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud.
- Medición de metas regionales.
- Implementación de sitio Web regional.

COMISIÓN TÉCNICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

PROPUESTA DE PLAN DE TRABAJO – EL SALVADOR

1. Fortalecimiento de las Unidades de Conducción de RHUS
 - Enfocado al ente rector: de acuerdo a la estructura organizativa esta bien posicionada por el apoyo que se tiene de las autoridades y las competencias idóneas de la persona que conduce.
 - Se tienen planes de trabajo bien definidos.
 - Avance en el trabajo interinstitucional y al interior de la institución.
 - Se considera necesario el fortalecimiento la Dirección en cuanto a las capacidades del personal de RRHH, número y tipo de recursos, así como también la estructura misma, orientada en los ejes de la reforma.
 - Continuar fortaleciendo la rectoría del Ministerio en la conducción de RRHH

2. Medición de Metas

- Partir de los resultados de la medición de la línea base y los grupos técnicos intersectoriales.
- De acuerdo a los resultados de la medición, efectuar el análisis correspondiente para implementar estrategias orientadas a desarrollar el cumplimiento de metas.
- Definir los mecanismos de seguimiento y monitoreo del cumplimiento de metas.
- Comunicación de los resultados, a nivel interno.
- Establecimiento de un Foro nacional, para el análisis de los resultados de la medición.

3. Observatorio de RHUS

- Iniciar en conformar la estrategia interinstitucional para su implementación.
- Retomar el planteamiento y sumarnos al esfuerzo regional.

4. Plan Centroamericano

- Identificar en que área de la Gestión de Recursos Humanos tiene más fortaleza cada país, para acompañar al resto.
- Que se realicen reuniones virtuales para la conducción de la medición de las metas.
- Efectuar un foro para analizar los resultados de la medición.
- Plan de fortalecimiento de las unidades de conducción de RHS de cada uno de los países.
- Presentación de los resultados de la medición de metas en el próximo Consejo de Ministros.

COMISIÓN TÉCNICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

PROPUESTA DE PLAN DE TRABAJO – HONDURAS

Contrapartes: Viceministro, Departamento RRHH y OPS

FORTALECIMIENTO DE LAS UNIDADES DE CONDUCCION	
• Creación de una dirección que integre el Departamento de Subgerencia y el de Recursos Humanos	2010 - 2011
• Incorporación de recursos competentes a esta nueva dirección	2010 - 2011
• Regulación y coordinación con instituciones formadoras de RRHH (Convenios, reglamentos, acuerdos, etc.)	2010
• Aprobación de políticas de desarrollo de RRHH	2010
• La reactivación de la Comisión de RRHH	2011
MEDICION DE METAS	
• Establecer un mecanismo que sistematice la medición periódica de las metas	Permanente
• La socialización e incorporación de otras instituciones en el proceso de seguimiento y cumplimiento de metas	Noviembre 2010
• La revisión y adecuación de las metas por país por la situación particular de cada uno	Enero – Febrero 2011
OBSERVATORIO	
• Mejorar el apoyo técnico para la implementación de instrumentos que permita la recolección el análisis para la toma de decisión	Enero y Febrero 2011
• Desarrollar una metodología que permita el compromiso de las instituciones involucradas para definir el flujo de la información	Abril y Mayo 2011
• Analizar a través del Observatorio que metas permite ir mejorando y alcanzando como país	Noviembre y Diciembre 2010

COMISIÓN TÉCNICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

PROPUESTA DE PLAN DE TRABAJO – GUATEMALA

Viceministerio Administrativo
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Cronograma Plan Guatemala 2010-2011													
No.	Descripción	Mes											
		N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O
01	Reunión de trabajo con Asesora Regional OPS (9-10 nov.)												
02	Implementación de la Carrera Sanitaria												
03	Desarrollo de plan de capacitación permanente para fortalecimiento de las unidades de conducción (temas, definición de audiencia y metodología), previo diagnóstico general												
04	Investigación para la caracterización de la fuerza laboral en salud (determinar dotación y distribución)												
05	Medición de metas establecidas en el plan decenal												
06	Definición de Políticas de Desarrollo de Recursos												
07	Desarrollo sostenible del Observatorio de Recursos Humanos												
08	Fortalecimiento de la Comisión Interinstitucional												
09	Participación activa en iniciativas subregionales												
10	Organización y desarrollo de II Encuentro de Trabajo de la Comisión Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (Presidencia Protempore)												

Con Honestidad, calidad y dignidad





Comisión Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

Incorporación Plan Regional 2010-2011		
No.	Descripción	Observaciones
01	Desarrollo políticas y planes de Recursos Humanos para la región, con visión estratégica	
02	Fortalecimiento de capacidades gerenciales (Maestría en Gestión de Recursos Humanos con CSUCA/ICAP)	
03	Producción información recursos humanos	
04	Carrera Sanitaria	
05	Medición de metas	
06	Fortalecimiento y/o creación de Comisiones interinstitucionales	
07	Participación activa en iniciativas subregionales	
08	Organización y desarrollo de II Encuentro de Trabajo de la Comisión Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. (Presidencia Protempore)	

COMISIÓN TÉCNICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

PROPUESTA DE PLAN DE TRABAJO – PANAMÁ

Propuesta de los Procesos a Realizar para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Panamá 2010-2011

1. Fortalecimiento de la función rectora de la Dirección de RH
 - a. Estructura
 - b. Plan estratégico de fortalecimiento de capacidades y liderazgo
 - c. Identificación de antecedentes, procesos, recursos, herramientas de la rectoría de la Dirección.

2. Observatorio de RH
 - a. Mapeo de instituciones, actores y procesos.
 - b. Conformación de la Comisión Interinstitucional (plan de trabajo, indicadores trazadores de la visión, reglamento, respaldo legal de su funcionamiento, financiamiento, sostenibilidad técnica y política)
 - c. Definición, medición de las metas, línea de base.
 - d. Proyección de necesidades, cantidad, calidad, diversidad, Migración.
 - e. Sistema de información

3. Política y Plan Nacional de Desarrollo de RH
 - a. Incidir en el modelo de atención
 - b. Inventario nacional de procesos que orienten la política y el plan nacional.
 - c. Definición de estrategias de formación, educación continua, cierre de brechas (urbano-rural; zonas indígenas; especialidades; institucionales); mecanismos de retención de la fuerza de trabajo y migración).
 - d. Financiamiento y protección de la fuerza laboral.

COMISIÓN TÉCNICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

PROPUESTA DE PLAN DE TRABAJO – REPÚBLICA DOMINICANA

Plan de trabajo de DOR

Fortalecimiento de la Dirección General de RRHH en su rol a nivel institucional (MSP) y sectorial.

1. Visita de consultora subregional (dic. o enero o febrero)
Coordinación con el viceministerio de planificación para revisar la estructura de la DGRH y las unidades de RRHH en redes y SRS (enero-feb. 11)
2. Medición de las metas (enero-marzo)
 - Conformar equipo e trabajo del MSP
 - Convocar instituciones de sector, servicios, formador, colegios y asociaciones profesionales
 - Elaborar cronograma de trabajo
 - Solicitar a OPS cooperación técnica y financiamiento para ello
 - Levantamiento de la información por metas e indicadores
 - Medición
 - Análisis
 - Elaboración de documento
 - Someter a la discusión a actores políticos
3. Relanzar y reorientar el observatorio (abril-mayo)
 - Formalizar el equipo técnico intersectorial conductor, bajo el liderazgo del MSP
 - Plan de trabajo concensuado entre todas las instituciones participantes
 - Habilitar sitio web (MSP?, OPS regional? alguna universidad? o uno propio?)
 - Establecer intercambio de información y producir conocimiento
4. Unidad de desarrollo y capacitación para que pueda desarrollar su rol en la identificación de necesidades y oportunidades de cap. Coordinación y apoyo a las demás instancias del MSP... (Todo el año)
 - Reestructurar el equipo en la DGRH
 - Solicitar a OPS consultaría
 - Desarrollar políticas y normas
5. Avanzar en la implementación de la Carrera sanitaria, (todo el año)
 - Movilizar apoyo para la aprobación de la LCS
 - Contacto en el congreso
 - Apoyo del MAP
 - Desarrollo de los estudios requeridos
6. Coordinación con el viceministerio de planificación para revisar la estructura de la DGRH y las unidades de RRHH en redes y SRS (enero-feb. 11)

DOR tiene en desarrollo un estudio sobre “Migración de médicos y enfermeras” con el apoyo de OPS y financiamiento de la Unión Europea a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

ANEXOS DE PROGRAMACIÓN

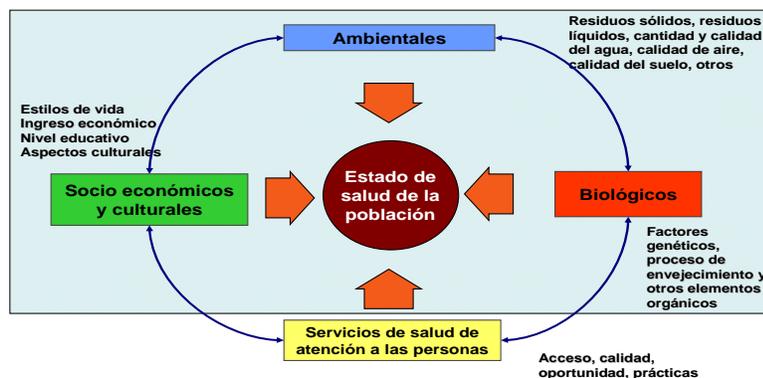
COSTA RICA

I. Caracterización breve del sistema de salud del país.

En el marco de los procesos de reforma del estado, la reforma en el sector salud modificó el papel del Ministerio de Salud, el cual asume la función rectora del sector y la CCSS como institución encargada de la atención en salud, se convierte en compradora de servicios de sus propios centros de salud. Los servicios de salud se mantienen como servicios públicos, con cobertura universal, conservando e incluso ampliando derechos de acceso a los servicios para la población. También se ha observado un importante crecimiento de la empresa privada en el campo de prestación de servicios de salud, mediante la creación, ampliación y aumento de clínicas, hospitales, consultorios, laboratorios, centros de diagnóstico, aparte de la concesión de la administración de clínicas de salud públicas a empresas privadas. Situación que podría ampliarse con la puesta en marcha de los tratados de libre comercio. ("Perfil de los Sistemas de Salud Costa Rica", Washington, D.C.: OPS, 2009).

Dentro del modelo conceptual y estratégico de la rectoría en el Ministerio de Salud, se parte del concepto de producción social de la salud, entendido como "el proceso mediante el cual la interacción de los actores sociales entre sí y de estos con su entorno, genera como resultado final el estado de salud que caracteriza a una población, definiéndose como actor social a todo individuo, colectividad u organización cuyo accionar tiene un efecto significativo sobre el proceso de producción de la salud, sea este positivo o negativo, incluida la toma de decisiones relacionada con la formulación de las políticas públicas en cualquier ámbito". (Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la producción social de la salud". Dirección General de Salud. Ministerio de Salud. Octubre 2008).

Se asume el modelo explicativo del Dr. Marc Lalonde, con ampliaciones, reconociendo como determinantes del estado de salud: los biológicos, los ambientales, los socio-económicos y culturales y los relacionados con servicios de salud. (Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la producción social de la salud". Dirección General de Salud. Ministerio de Salud. Octubre 2008).



Sistema de Producción Social de la Salud

Define también el modelo conceptual señalado que, el Sistema de Producción Social de la Salud lo conforman el conjunto interrelacionado de entes que impactan, de manera significativa, sobre los determinantes antes mencionados. *Entre las entidades que lo conforman, además de las del Sector y las del Sistema Nacional de Salud, se pueden citar: Ministerio del Ambiente y Energía, Ministerio de Educación, Ministerio de la Vivienda, Ministerio de Obras Públicas y Transportes, otros ministerios, el Instituto Nacional de Aprendizaje, cámaras de comercio, industrias, grupos organizados de la comunidad, gobiernos locales, organizaciones religiosas, entre otras.* (Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la producción social de la salud". Dirección General de Salud. Ministerio de Salud. Octubre 2008).

Sistema Nacional de Salud

De acuerdo con el modelo conceptual mencionado, se entiende por *Sistema Nacional de Salud*, "el conjunto de entes públicos y privados, nacionales e internacionales, interrelacionados entre sí, que tienen, entre sus actividades primordiales, la provisión de bienes y servicios; finales, intermedios y de apoyo, destinados explícitamente a la protección y mejoramiento del estado de salud de la población, independientemente de que tengan o no un fin lucrativo¹⁷. *Entre los entes que lo componen se encuentran, además de los que conforman el Sector Salud, los servicios de salud privados de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano, las organizaciones comunitarias que realizan actividades destinadas a proteger y mejorar la salud de las personas y su hábitat, la población en general cuando participa activamente en la realización de acciones estratégicas en salud incluida la toma de decisiones, las universidades, las municipalidades, las compañías farmacéuticas, la Comisión Nacional de Emergencias, los organismos de cooperación internacional como la Organización Panamericana de la Salud, la UNICEF, el Programa Mundial de Alimentos de la Food and Agriculture Organization (FAO), entre otras.* (Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la producción social de la salud". Dirección General de Salud. Ministerio de Salud. Octubre 2008).

Sector Salud

El Ministerio de Salud como parte del Sistema de Producción Social de la Salud



¹⁷ Basado en OMS. Informe Mundial sobre el Conocimiento Orientado a Mejorar la Salud. Ginebra, 2004. www.who.int/rpc/wr2004.

Está constituido por el conjunto de entidades públicas, centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proteger y mejorar el estado de salud de la población. (Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la producción social de la salud". Dirección General de Salud. Ministerio de Salud. Octubre 2008).

Los conceptos de Sector Salud, Sistema Nacional de Salud, y Sistema de Producción Social de Salud son aplicables a los ámbitos geográficos nacional, regional y local.

Funciones generales del Sistema Nacional de Salud

Para cumplir con su misión, el Sistema Nacional de Salud tiene bajo su responsabilidad cuatro funciones generales que se identifican como:

- Rectoría de la producción social de la salud
- Aseguramiento de los servicios de salud de atención a las personas y al hábitat humano
- Financiamiento de los servicios de salud de atención a las personas y al hábitat humano
- Provisión de servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano.



(Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la producción social de la salud". Dirección General de Salud. Ministerio de Salud. Octubre 2008).

➤ Rectoría de la producción social de la salud

La Rectoría se define como la acción de gobernar, dirigir, conducir a una comunidad, conjunto de instituciones o personas, o ejercer autoridad sobre ellas¹⁸. La rectoría de la producción social de la salud, es la función mediante la cual el ente rector lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales clave y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población. Entraña un fenómeno mucho más amplio que el de rectoría del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud, ya que incluye a todos aquellos actores que intervienen en la génesis y evolución de la situación de salud del país, y de los factores que la determinan, y no solamente a los entes relacionados con la prestación de servicios de salud. (Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la producción social de la salud". Dirección General de Salud. Ministerio de Salud. Octubre 2008).

Según el marco legal vigente (Constitución Política / Ley General de Salud /Ley orgánica del MS), la entidad del Sistema Nacional de Salud a la que le corresponde ejercer esta función es al Ministerio de Salud, y que su responsabilidad trasciende el organizar, coordinar y dirigir los servicios de salud del país ya que abarca todas aquellas actividades, públicas y privadas, que determinan en forma significativa el estado de salud de la población. (Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la producción social de la salud". Dirección General de Salud. Ministerio de Salud. Octubre 2008).

¹⁸ Diccionario de la Real Academia Española, 23ª edición, 2004

Es relevante señalar que existen otras entidades públicas mediante las cuales el Estado ejecuta la función rectora en ámbitos que son complementarios a la actividad sanitaria y juegan un papel relevante en el proceso de producción social de la salud. *Como ejemplo de estas instituciones se pueden mencionar al Ministerio de Ambiente y Energía (MINAET), que ejerce rectoría sobre el conjunto de actores sociales cuyo accionar produce impacto sobre el medio ambiente; al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) que ejecuta su función rectora para, entre otros aspectos, mantener y mejorar la seguridad e higiene ocupacional de los trabajadores; al Ministerio de Obras Públicas y Transportes, que mantiene y mejora la seguridad vial de la población, entre otros.* El accionar de estas instituciones, en materia de rectoría, debe hacerse en forma armónica y coordinada para evitar traslapes y duplicación de funciones. (Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la producción social de la salud". Dirección General de Salud. Ministerio de Salud. Octubre 2008).

Acerca del rol rector sobre los servicios de salud

De acuerdo con el modelo conceptual de la rectoría se promueve el rompimiento con el paradigma de la garantía de la calidad parcial de los servicios y se asume uno nuevo que garantice el acceso con calidad a estos. (Ministerio de Salud de Costa Rica. "Modelo conceptual y estratégico del rol rector del Ministerio de Salud para la garantía de acceso a los servicios de salud". Dirección General de Salud; 2009)

La nueva perspectiva de la garantía de acceso a los servicios de salud, lleva implícitos dos cambios que tienen relación con:

- un nuevo concepto de servicio de salud que integra la perspectiva de la atención directa a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano

- el paso, como institución rectora, de ser garante de forma parcial de la calidad de los servicios de salud de atención directa a las personas, a ser responsable de garantizar el acceso a los servicios de salud de atención directa a las personas y a los de protección y mejoramiento al hábitat humano con calidad.

Se define como servicios de salud, al conjunto de servicios que se provee a las personas, ya sea en forma individual o colectiva, incluidos los relacionados con el hábitat en que se desenvuelven, que tienen como fin proteger y mejorar con equidad, su estado de salud.

Según lo anterior, se identifican los siguientes tipos de *servicios de salud*:

Servicios intramuros de atención directa a las personas. Estos servicios se ofrecen en establecimientos públicos y privados, como las sedes de los EBAIS, sedes de Área de Salud, consultorios médicos, clínicas, hospitales, farmacias, laboratorios clínicos, establecimientos con servicios de optometría, de quiropraxia, de terapia física, de terapias alternativas y complementarias, entre otros y el Ministerio de Salud. Es importante señalar que la cobertura contributiva del Seguro Social en el país es del 87.6 de la población total con muy poca diferencia entre sectores de diferentes niveles de ingresos ("Perfil de los Sistemas de Salud Costa Rica", Washington, D.C.: OPS, 2009), lo que explica la relevancia de la Caja Costarricense de Seguro Social como institución pública prestadora de servicios de salud. El Instituto Nacional de Seguros (INS) es el ente encargado de proteger a la población trabajadora por medio del Régimen de Riesgos de Trabajo, para lo cual presta asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación en caso de accidentes o enfermedad laboral.

Servicios extramuros de atención a las personas, que son ofrecidos por personas físicas y jurídicas, públicas y privadas, y que se brindan en el domicilio de los ciudadanos, en los centros educativos, en los lugares de trabajo, en los espacios comunales y en el Ministerio de Salud.

Servicios de suministro de agua para uso humano. Estos servicios son también ofrecidos por proveedores públicos y privados, entre los que se encuentran el Instituto Costarricense de Acueductos y

Alcantarillados (ICAA), las municipalidades, las Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales (ASADA) y otras organizaciones comunitarias.

Servicios de limpieza y mantenimiento de tanques de almacenamiento de agua para uso humano.

Servicios de recolección y transporte sanitario de excretas y residuos, servicios de captación y canalización de aguas residuales y aguas pluviales. Al igual que en el caso anterior, estos servicios pueden ser ofrecidos por proveedores públicos como las municipalidades, el ICAA y diversas empresas privadas.

Servicios de control de vectores y fauna nociva para las personas.

(Ministerio de Salud de Costa Rica. "Modelo conceptual y estratégico del rol rector del Ministerio de Salud para la garantía de acceso a los servicios de salud". Dirección General de Salud; 2009).

II. Prioridades del país en RHS para el sistema de salud.

En el escenario antes descrito, las prioridades del país en RHS se reflejan en las siguientes situaciones:

- ❖ En el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 se incluyen como acciones prioritarias, la contratación de 700 especialistas en diversas áreas.
- ❖ Se requiere definir la Política Nacional de RHS para el período 2011-2014, acción prevista para inicios del año 2011.
- ❖ De acuerdo con el Plan Nacional de Salud 2010-2021 se establecen como acciones estratégicas prioritarias a desarrollar las siguientes:
 - Desarrollar un modelo de planificación de la fuerza de trabajo en salud, en función del modelo de atención vigente y las necesidades de la población.
 - Desarrollar estrategias¹⁹ para la coordinación y articulación de las necesidades de formación de la fuerza de trabajo en salud, con las necesidades del sistema nacional de salud, el modelo de atención en salud vigente y las necesidades de la población.
 - Generar relaciones laborales entre las/os trabajadoras, instituciones y organizaciones de salud, que promuevan ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar acceso y calidad en los servicios de salud para la población.
 - Fortalecer la generación, organización, análisis y divulgación de Información sobre la fuerza de trabajo en salud, mediante el funcionamiento de un sistema de información y observatorio nacional, que permita mejorar la toma de decisiones sectoriales en materia de desarrollo del recurso humano.
 - Fortalecer el desarrollo de competencias del recurso humano, para la ejecución de todas las acciones relacionadas con el mejoramiento del proceso de salud de la población.

Dentro de las prioridades más relevantes está el proceso de planificación del RHS que requiere el país, así como la puesta en práctica de mecanismos de control sobre la calidad y cantidad de la formación de RHS pública y privada, adecuada a las necesidades del Sistema de Salud. En el primero se parte de que es necesario hacer esfuerzos orientados a disminuir las brechas de necesidades de RHS entre zonas rurales y urbanas, a disminuir las listas de espera en especialidades médicas como oftalmología, otorrinolaringología, dermatología, gastroenterología, psiquiatría, ginecología, medicina interna y

¹⁹ Las estrategias pueden ser: redes sociales, consejos o comisiones intersectoriales, observatorios, acciones articuladas, complementarias e integrales, entre otras.

rehabilitación, entre otras, la necesidad de aumentar el recurso humano en los servicios de salud como enfermería, anestesiología y emergencia. También en el grupo de tecnólogos hay un déficit que no está siendo llenado con la formación existente.

- ❖ De acuerdo con el proceso efectuado por un equipo de trabajo constituido por el Ministerio de Salud (DGASS / DPES), la CCSS (Dirección de Administración y Gestión de Personal) y la OPS, se han definido, aparte de las anteriores, otras prioridades como las siguientes:
 - Creación y funcionamiento de una Unidad de conducción estratégica sectorial en RHS.
 - Formulación de un Plan Nacional de RHS que permita hacer operativa la Política.
 - Generación de acuerdos sobre los perfiles de formación requeridos, entre entes formadores y empleadores.
 - Generación de ambientes de trabajo saludables
 - Desarrollo en el sistema de re-certificación profesional con el propósito de elevar la calidad profesional

III. Capacidad de conducción sectorial en RHS:

A pesar de los esfuerzos realizados a principios de la década para posicionar a los recursos humanos como acción estratégica en la definición de la política nacional de salud, en la agenda sanitaria y en el plan nacional de salud, no se ha dado un esfuerzo sostenido desde la Rectoría para fortalecer el ejercicio de la conducción sectorial en este campo. Tampoco se ha orientado el esfuerzo a desarrollar competencias específicas en equipos de trabajo que orienten su desempeño en el campo.

IV. Unidad de conducción:

A partir de mediados del año 2009 se estableció el tema en la Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud, con una funcionaria con tiempo parcial. Dos meses después se incluyeron dos funcionarios más de tiempo parcial y a raíz de una modificación en la estructura funcional a partir de principios de septiembre 2010, se constituyó un equipo de trabajo con dos funcionarias a tiempo completo y uno con tiempo parcial. Este equipo, debe desarrollar funciones propias de la rectoría en el campo de recursos humanos en salud. En este momento se está trabajando en el Sistema de Información de RHS, en las bases para retomar el Observatorio Nacional de RHS, en la Coordinación de la Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud (interinstitucional), en la atención de demandas de grupos específicos ante la autoridad sanitaria, en la coordinación para la formulación de la Política Nacional en RHS, entre otras.

Con base en la solicitud del Viceministro de Salud, cuyo quehacer tiene énfasis en servicios de salud, se dio inicio a la elaboración de una propuesta para justificar la operación de una instancia de conducción estratégica sectorial en recursos humanos en salud, con la participación del Ministerio de Salud: Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud, Equipo de Recursos Humanos en Salud y Dirección de Planificación Estratégica de la Salud, de la CCSS: la Dirección de Administración y Gestión de Personal, y con el apoyo de la OPS. Para tal efecto se concluyó el análisis de las prioridades políticas y se definió la información disponible y actualizada de las instituciones del sector; también se dio inicio a la definición de problemas prioritarios y estrategias para abordarlos. Las próximas acciones están orientadas a la definición de las funciones y competencias de la unidad de conducción.

V. Mecanismos de concertación sectorial

Del 2005 a mediados del 2008 funcionó la primera Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, establecida mediante decreto No. 32209-S del 10 de agosto de 2004, con la participación de instituciones como Ministerio de Salud, CCSS, el CENDEISS, Con fecha 9 de octubre de 2010, se publicó el Decreto de la Comisión No.35526-S ampliando la participación de actores del Sector Salud como el INS-Salud, dependencias encargadas de recursos humanos en, Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, INCIENSA, y de otros sectores como el Consejo Nacional de Educación Superior Privada (CONESUP), el Ministerio de Planificación Nacional, la Dirección General de Servicio Civil.

Durante 5 sesiones de trabajo mensuales se ha venido trabajando en el análisis del macro- contexto y sus implicaciones en el campo de los RHUS, en el diagnóstico de la situación de los RHUS en el país, en los asuntos pendientes del plan de acción de la Comisión anterior. En la actualidad se está trabajando en insumos como el Análisis de Situación de Salud y avances del Ajuste en el modelo de atención en salud, para la definición del plan de acción del período 2011- 2014. Otra de las acciones desarrolladas ha sido la de establecer las bases de una alianza estratégica con el Observatorio Laboral de Profesiones, del Consejo Nacional de Rectores, con quien se efectuará un taller próximamente para el 17 de noviembre.

VI. Estrategias de gestión de la política de RHUS, sus avances en:

- **Planificación de RHUS:** no ha existido un esfuerzo unificado e integrado de carácter sectorial en este sentido. Está colocado como acción prioritaria a asumir en el actual período de gobierno.
- **Carrera Sanitaria:** Tal y como señala en el “Perfil de los Sistemas de Salud Costa Rica”, Washington, D.C.: OPS, 2009, una característica presentada en el país, es la existencia de un número importante de normas y medidas regulatorias para diferentes grupos, las cuales se han aprobado según sea la fuerza y la capacidad de incidencia de cada sector de trabajadores/as. Por ejemplo, en el país existe una ley reguladora de las relaciones laborales, en el sector privado se basa principalmente en el Código de Trabajo), mientras en el sector público las regula tanto el Código de Trabajo como el Estatuto de Servicio Civil. Existen otras leyes y reglamentos que se han venido aplicando al trabajo en general así como al trabajo de diferentes grupos ocupacionales en el sector salud, en particular. Esta diversidad de leyes, normas y medidas regulatorias, hace que las relaciones obrero-patronales en este sector sea un tema de negociación y conflicto, sea para un sector o para otro sector. Si a este panorama, agregamos las regulaciones vigentes para el resto del personal que labora en el sector salud (administrativos y de servicios generales), el panorama se vuelve aún más complejo. Esta misma diversidad explica en buena medida la existencia de una enorme cantidad de organizaciones de carácter laboral al interior de las dos principales entidades de salud del país (la CCSS y el Ministerio de Salud).
- **Dotación y distribución de RHS:** los esfuerzos de dotación y distribución de recursos humanos responden a iniciativas institucionales, no a una política sectorial.

- **Organización de equipos de trabajo basados en APS:**

Tal y como lo describe el "Perfil de los Sistemas de Salud Costa Rica", Washington, D.C.: OPS, 2009), la unidad representativa del primer nivel de atención y como centro de atención primaria son los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS). Estos constituyen, con una presencia en prácticamente todo el territorio nacional, la base del sistema nacional de salud mediante su ubicación en las 103 áreas de salud divididas sectorialmente con base en el número de población. En las áreas de salud se ofertan servicios de 5 programas de atención integral dirigidos a niños/as, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores. En el país operan 1037 EBAIS, cada uno de estos cubre un promedio de 4.505 personas.

Parte de las políticas actuales están orientadas a determinar la situación del modelo de atención en salud y sus necesidades de ajuste, marco en el cual se tomará en consideración el desarrollo de la APS.

VI. Principales dificultades para implementar políticas de RHUS:

- El débil desarrollo de una instancia de conducción sectorial en el Ministerio de Salud, con la estructura organizativa, mecanismos de coordinación, el apoyo político, recursos y capacidades requeridos para desarrollar la función rectora.
- La falta de un proceso de conducción sostenido desde el ente rector que facilite la concertación, la negociación y el desarrollo de alianzas estratégicas entre los diversos actores relacionados con la regulación, la formación, la educación permanente, la planificación de recurso humano, entre otros.
- Insuficiente desarrollo de sistemas de información que faciliten la toma de decisiones en el campo.

Abreviaturas utilizadas

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CENDEISS: Centro de Desarrollo Estratégico e Información de la Salud y Seguridad Social.

IAFA: Instituto de Alcoholismo y Fármaco-dependencia.

INICIENSA: Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud.

ICAA: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados

INS-Salud: Instituto Nacional de Seguros-Área de Salud

MINAET: Ministerio de Ambiente, Energía y Telecomunicaciones.

Para uso en citas o fuentes

(Marco conceptual y Estratégico de la Rectoría de la producción social de la salud". Dirección General de Salud. Ministerio de Salud. 4 de junio 2007).

(Ministerio de Salud de Costa Rica. "Modelo conceptual y estratégico del rol rector del Ministerio de Salud para la garantía de acceso a los servicios de salud". Dirección General de Salud; 2009)

PLAN OPERATIVO PANAMA

Estrategia 6.1: Identificar y adecuar los perfiles del recurso humano a las necesidades de los servicios de salud en el país.

- Línea de acción 6.1.1: Elaboración del diagnóstico de recurso humano de salud
- Línea de acción 6.1.2: Desarrollo de un programa de relevo generacional de los profesionales de la salud.

Estrategia 6.2: Establecer programas de formación ética, técnica y administrativa, con enfoque intercultural, de género, derechos humanos.

- Línea de acción 6.2.1: Evaluación de las necesidades de formación del recurso humano que presta servicios en el sistema sanitario.

Estrategia 6.3: Coordinar con instituciones, universidades, sociedades científicas el desarrollo de recursos humanos para el sector salud a nivel nacional e internacional.

- Línea de acción 6.3.1: Desarrollo de programas de educación y formación continua a los profesionales de salud en materia de salud pública.
- Línea de acción 6.3.2: Revisar la oferta académica de las universidades y sociedades científicas para el sector salud.

Estrategia 6.4: Evaluar el desempeño del personal de salud.

- Línea de acción 6.4.1: Definición de criterios e indicadores para la evaluación del desempeño.
- Línea de acción 6.4.2: Establecimiento de un programa de incentivos.

Estrategia 6.5: Generar condiciones organizacionales para el desarrollo de un ambiente laboral adecuado.

- Línea de acción 6.5.1: Aplicación de Encuestas de satisfacción del entorno organizacional del personal de salud.
- Línea de acción 6.5.2: Sensibilización a los tomadores de decisiones sobre los efectos negativos de las condiciones precarias de trabajo en los trabajadores de la salud.
- Línea de acción 6.5.3: Elaboración y aplicación del Plan para Mejorar el Ambiente Laboral

Estrategia 9.1: Redefinir los niveles de atención y grados de complejidad de las instalaciones que conforman la red de servicios públicos de salud.

- Línea de acción 9.1.1: Actualización de los niveles de atención y grados de complejidad de las instalaciones que conforman la red de servicios de salud.
- Línea de acción 9.1.2: Evaluar y adecuar los mecanismos de referencia y contra-referencia existentes, con la articulación a los sistemas de información e innovación tecnológica.

Estrategia 9.2: Reestructurar la red pública de servicios de salud con innovación tecnológica.

- Línea de acción 9.2.1: Creación de nuevas instalaciones con innovación tecnológica denominadas MINSA-CAPSi.
- Línea de acción 9.2.2: Construcción y equipamiento de hospitales de diferentes niveles de complejidad.
- Línea de acción 9.2.3: Convenio con Universidad de Panamá para la implementación del Hospital de Panamá Este como Hospital Escuela.
- Línea de acción 9.2.4: Construcción de otras infraestructuras de salud de acuerdo a la necesidad de servicios demandada.
- Línea de acción 9.2.5: Readecuación y mejoramiento de instalaciones de salud.
- Línea de acción 9.2.6: Dotación de ambulancias a las instalaciones a nivel nacional.
- Línea de acción 9.2.7: Redefinición del sistema logístico de medicamentos para dotación efectiva a las instalaciones a nivel nacional.

Línea de acción 9.2.8: Automatizar e informatizar expedientes médicos a nivel nacional en instalaciones y hospitales.