



Medición de Metas Regionales de Recursos Humanos de Salud en Republica Dominicana

(Noviembre 2011)

Santo Domingo, agosto 2011

Introducción

Las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud para el período 2007-2015 es una respuesta a la disposición de los Estados Miembros de actuar y avanzar conjuntamente en respuesta a los desafíos trascendentales que afrontan los que a diario trabajan para mejorar la calidad de vida de otros.

Actualmente el Sistema de Salud Dominicano se encuentra experimentando importantes transformaciones, las cuales demandan de cambios sustanciales para la conducción estratégica de los recursos humanos del sector a fin de impactar positivamente en el desempeño general del sistema y la calidad de los servicios prestados a la población.

El proceso de medición de estas metas, representa un ejercicio que permite presentar evidencias sobre lo que el país está desarrollando en materia de recursos humanos y su vinculación con los esfuerzos para la definición de un nuevo modelo de atención y formulación de una ley de carrera sanitaria. Facilita un escenario compartido con representantes de diferentes sectores para la construcción de una línea de base sobre la situación de este personal. Plantea la descripción de un cuadro macro para mejorar el sistema de salud de Republica Dominicana y redefinición de su modelo de atención hacia uno más justo que

privilegie el acceso de la población a los servicios de salud desde la atención primaria.

El análisis de la situación de los Recursos Humanos en salud, permite la formulación de políticas para la formación y capacitación de estos recursos conforme a un modelo basado en atención primaria, mediante el desarrollo de mayor capacidad técnica para la negociación y gestión de procesos políticos.

Los resultados de la medición permitirán establecer un sistema de alerta temprana para la comunicación de avances y retrocesos de la política pública para el desarrollo de los recursos humanos y el posicionamiento de este tema en la agenda política del Estado.

Datos Sociodemográficos

República Dominicana se encuentra ubicada en la región del Caribe. Ocupa los dos tercios orientales de la isla La Española, la cual comparte con la República de Haití. Posee una extensión territorial de 48,442 Km². La



población proyectada por la Oficina Nacional de Estadística (ONE) para el 2011 es de 10, 010, 590 habitantes, 49.91% masculinos y 50.08% femeninas. El porcentaje de población urbana estimado para el mismo año es de 67.1%. La densidad poblacional es de 196 habitantes por Km cuadrado.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

De acuerdo con el Plan Decenal de Salud, el sector salud en la República Dominicana se caracteriza por una alta complejidad de instituciones, organizaciones, actores e intereses no siempre convergentes. Esta diversidad no ha logrado constituirse en un verdadero sistema en el cual los diversos componentes, como subsistemas, interactúen armónicamente en forma sinérgica, para lograr el uso más eficiente de los recursos y para alcanzar mejores resultados de impacto sobre la situación de salud de las poblaciones.

A partir del año 2001, con la aprobación de un nuevo marco legal sanitario, el Sistema de Salud de República Dominicana entra en un proceso de grandes modificaciones. Las Leyes 42-01 (Ley General de Salud), promulgada el 8 de marzo del año 2001 y 87-01(Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social) promulgada el 9 de mayo del mismo año, sientan las bases para la conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y del Sistema Dominicano de Seguridad Social, respectivamente. La Ley 87-01 establece los fundamentos para el desarrollo de un sistema de protección social con cobertura universal, promoviendo el aumento del aseguramiento vía cotizaciones sociales, con los aportes de empleadores y empleados, así como del Estado para las personas de menores ingresos.

La Ley 42-01, en su artículo 6, define el Sistema Nacional de Salud como “el conjunto interrelacionado de elementos, mecanismos de integración, formas de financiamientos, provisión de servicios, recursos humanos y modelos de administración de las instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales, legalmente constituidas y reglamentadas por el Estado, así como por los movimientos de la comunidad y las personas físicas o morales que realizan acciones de salud”.

En el año 2004 fue definida una Agenda Estratégica para la Reforma del Sector Salud, para el período 2004-2008, la cual priorizó 4 grandes líneas estratégicas y dos ejes transversales:

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

- 1.- Fortalecimiento del rol Rector de la SESPAS.
2. Organización de las Redes Públicas de Servicios a nivel regional.
- 3.- Acceso equitativo a medicamentos.
- 4.- Garantía de aseguramiento con énfasis en menores ingresos.

EJES TRANSVERSALES:

- a) Sistema de información gerencial y de vigilancia epidemiológica.
- b) Gestión de recursos humanos.

Esta agenda fue reforzada en mayo 2006, mediante la firma de un compromiso interinstitucional para acelerar la reforma sanitaria y de la seguridad social, sobre todo en cuanto a los compromisos para el desarrollo de las redes de servicios

A partir de este nuevo marco legal se consagra el deber del Estado de garantizar la salud a toda la población y ordena realizar las transformaciones necesarias para que las funciones del Sistema Nacional de Salud –rectoría, provisión, aseguramiento, financiamiento– se separen y sean asumidas por las diferentes instituciones que le conforman.

En este sentido el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP) permanece con la función de Rectoría y provisión de las intervenciones de Salud Colectiva mientras que las funciones de provisión de servicios es transferida a los Servicios Regionales de Salud (SRS). Estas funciones aun se encuentran en proceso

de transición, motivo por el cual, dentro del Ministerio, mediante disposición 000024 se crea la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud (DDFSRS) con la finalidad de acompañar todo el proceso de descentralización y fortalecimiento de las REDES en su rol de Proveedor de servicios de salud.

La visión de los Servicios Regionales de Salud del MSP ha de ser entendida como la aspiración que tiene de convertirse en una entidad autónoma y altamente profesionalizada para la prestación de servicios de salud, moderna, competitiva, articulada en red, con capacidad de atender de forma costo-efectiva todos los procesos y procedimientos a que ha quedado comprometida y orientada a la satisfacción de sus usuarios, al crecimiento de sus trabajadores y a la búsqueda del logro de los objetivos y metas nacionales. Por criterios de eficiencia, de integralidad y cobertura Las Redes se organizan sobre la base de las actuales Regiones de Salud con la intención de subrayar su condición de servicios públicos y diferenciarlos de las formas de mercado.

CONFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS REGIONALES DE SALUD

SERVICIOS REGIONALES DE SALUD	PROVINCIAS
0. Servicio Regional Metropolitano	Distrito Nacional, Provincia Santo Domingo y Monte Plata
I. Servicio Regional Valdesia	San Cristóbal, Peravia, San José de Ocoa
II. Servicio Regional Cibao Norte	Santiago, Puerto Plata y Espaillat
III. Servicio Regional Nordeste	Duarte, María Trinidad Sánchez, Hermanas Mirabal y Samana
IV. Servicio Regional Enriquillo	Barahona, Bahoruco, Independencia y Pedernales
V. Servicio Regional Este	San Pedro de Macorís, El Seibo, La Romana, La Altagracia y Hato Mayor
VI. Servicio Regional el Valle	Azua, San Juan de la Maguana y Elías Piña
VII. Servicio Regional Cibao Occidental	Valverde Mao, Monte Cristi, Dajabón y Santiago Rodríguez
VIII. Servicio Regional Cibao Central	La Vega, Monseñor Nouel y Sánchez Ramírez

Estas redes de servicios de salud están organizadas por niveles de atención según su capacidad resolutive, contemplándose, por mandato de la ley general de salud, el primer nivel como puerta de entrada al sistema. La prestación de servicios en el primer nivel se realiza a través de las Unidades de Atención Primaria (UNAP), constituidas por un médico, un/a enfermera y promotores de salud

Este modelo de atención a las personas ha de buscar revertir la demanda de servicios especializados y ajustar la oferta al nivel de resolución según el problema de salud a tratar, y deberá conseguir que la población admita y respete los circuitos de circulación entre los servicios por criterios de acceso y complejidad de la oferta, sobre la base de los servicios del nivel primario para que estos puedan proveer servicios de calidad.

El tránsito del modelo de servicios al de redes descentralizadas se viene realizando de manera gradual, sobre todo porque este cambio organizacional, con su esperado impacto en los servicios, ha de constituirse en el mayor generador de conocimientos y experiencias, tanto del personal directivo como de los profesionales y técnicos de la salud que labora en los centros de salud.

Por otro lado, en cuanto a la función de Financiamiento a las prestaciones de atención a las personas de menores ingresos, el marco legal transfiere, vía subsidio a la oferta, al Seguro Nacional de Salud, (SENASA), el cual compra los servicios en los establecimientos de salud organizados a través de las redes de prestación con vocación pública, descentralizadas y de ámbito regional públicos, y el fortalecimiento de la afiliación al Sistema Dominicano de Seguridad Social.

ANTECEDENTES DE LA SITUACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

En el año 2005 el Ministerio de Salud Pública crea una nueva unidad estratégica de recursos humanos: *La Dirección General de Recursos Humanos (DGRH)*, responsable de la rectoría del área en el Sistema Nacional de Salud. La nueva Dirección de recursos humanos pasa a ser una instancia laboral dependiente de la máxima autoridad de la institución, el Ministro de Estado de Salud Pública, conforme a las normativas establecidas por el Ministerio de Administración Pública, para la organización y estructura de las oficinas de recursos humanos de las instituciones del Estado.

Posteriormente fue formulado el plan estratégico de la dirección de recursos humanos, el cual incluyó acciones a corto, mediano y largo plazo, otorgando direccionalidad a las intervenciones en el área, en cumplimiento a lo establecido en la agenda estratégica de la reforma del sector salud y el plan decenal de salud.

Las líneas estratégicas de este plan son las siguientes:

Objetivos Estratégicos (1): Ejercer la rectoría de los recursos humanos, mediante el establecimiento e implementación de políticas y normas a fin de contribuir con su desarrollo sostenible en el Sistema Nacional de Salud.

Objetivos Estratégicos (2): Impulsar un proceso de fortalecimiento institucional y desarrollo organizacional de la gestión de los RRHH., mediante el traspaso de competencia y la reorganización y profesionalización de las unidades de recursos humanos de la SESPAS.

Objetivos Estratégicos (3): Favorecer el desarrollo de los RRHH. A través de estrategias que contribuyan con el mejoramiento de la productividad y calidad de empleo.

Objetivo Estratégico (4): Fortalecer y mejorar la gestión administrativa y operativa de la DGRHH, para favorecer el mejoramiento de la productividad laboral.

Entre los principales resultados esperados del plan estratégico, se destaca la formulación de una ley de carrera sanitaria que garantice los derechos de los trabajadores de salud, de la población y de la institución; en un marco de actuación de trabajadores y empleadores bajo criterios éticos, con alto nivel de calidad técnica y calidez humana, con el fin último de que usuarios y usuarias del sector reciban los servicios y las atenciones que necesitan.

Como parte de los esfuerzos que venía realizando el país y en respuesta a los compromisos internacionales asumidos en materia de Recursos Humanos, es formulado el Plan para la Década de los Recursos Humanos en Salud 2006-2015, el cual contempla como ejes transversales el fortalecimiento del desempeño y capacidad de gestión de los RRHH, así como el establecimiento de un sistema de información gerencial de base modular.

Dos escenarios fundamentales sirven de referencia a este plan, el primero corresponde a los procesos de cambios en el Sistema Nacional de Salud pautados por el nuevo marco legal expresado en la Ley General de Salud 42-01 y la del Sistema Dominicano de seguridad Social 87-01 y sus reglamentos; el segundo

escenario, es la reforma en la administración pública y la aplicación de la Ley 41-08 de Función Pública, Servicio Civil y Carrera Administrativa 14-91, dirigida a profesionalizar el empleo público, a la garantía y sensibilidad ante las necesidades y los derechos de mayor nivel de conciencia, compromisos y sensibilidad ante las necesidades y los derechos ciudadanos de recibir servicios públicos de calidad, en forma equitativa y de manera oportuna.

Por otro lado en el marco del proceso de descentralización y mediante la disposición 0000016, del 2008, son creadas las Unidades de Recursos Humanos de los Servicios Regionales de Salud, a través de las cuales es iniciado un proceso de desarrollo y fortalecimiento del personal que componen estas unidades con el objetivo de contribuir a un mejor desempeño institucional, descentralización y desconcentración de la gestión de recursos humanos. Es a partir de este proceso que se promueve la participación activa del personal de Recursos Humanos en las funciones estratégicas de la organización.

En este contexto y con la finalidad de establecer un conjunto de indicadores que permitan evaluar el nivel de avance existente en el país para el logro de las metas contenidas en el llamado a la Acción de Toronto, el Ministerio de Salud asume el compromiso internacional de llevar a cabo el proceso de medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud.

Es así como el Ministerio, considerando el Recurso Humano de Salud como elemento fundamental para garantizar la operación del sistema, desarrolla un proceso participativo para establecer la línea de Base sobre la situación de los Recursos Humanos en salud, movilizar el compromiso político de actores claves e impulsar una mayor visibilidad, posicionamiento e inclusión del tema en la agenda política del Ministerio.

I- ASPECTOS METODOLOGICOS

El proceso de medición de las metas regionales de recursos humanos de salud en República Dominicana, fue desarrollado bajo la coordinación de la Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional (DDEI), la Dirección General de Recursos Humanos y la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud (DDFSRS) del Ministerio de Salud Pública (MSP), con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Equipo de Coordinación Nacional

En el mes de junio fue conformado el equipo de coordinación nacional para la conducción del proceso, constituido por los siguientes integrantes:

- 1- Dirección General de Recursos Humanos del MSP, 4 representantes:
Nerys Sánchez, Director General de Recursos Humanos, Ana Gisela Ramos (Encargado políticas y planificación), Marina Castellanos (Encargada salud ocupacional) y Maritza Martínez (Consultora externa).
- 2- Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional (DDEI) del MSP, 2 representantes: Tirsis Quezada (Viceministra del MSP y Directora de la DDEI), Ramona de Paula (analista desarrollo organizacional).
- 3- Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud (DDFSRS) del MSP, 3 representantes: Jocelyn Puente (Encargada de Recursos Humanos de la DDFSRS), Alexander Suazo, Director

- Dirección de Atención Primaria (DAP), Amelia de León (Técnico de RRHH).
- 4- Organización Panamericana de la Salud, 1 representante: Escarle Peña, (Consultora externa).
 - 5- Luciano Gómez, colaborador invitado del Laboratorio Nacional Dr. Defillo.

Plan Trabajo y Etapas del proceso

El plan de trabajo definido por el equipo de coordinación nacional incluyó las siguientes actividades:

- Revisión y análisis del manual de medición, identificación de precisiones para metas e indicadores de acuerdo con la realidad del país.
- Gestión de información cuantitativa: verificación de fuentes e instrumentos para levantamiento de datos, definición de aspectos logísticos para el seguimiento.
- Gestión de datos cualitativos: definición de informantes claves, medios de verificación e instrumentos para levantamiento de datos, identificación de estrategias para obtención de datos de calidad.
- Selección facilitadores, taller para capacitación de facilitadores y equipo de coordinación nacional.
- Taller medición con informantes claves: definición de logística, convocatoria, seguimiento a informantes claves.
- Taller de análisis de resultados y priorización.

Atendiendo a las actividades contenidas en el plan de trabajo, el proceso de medición fue sistematizado en torno a dos fases fundamentales:

1. Recolección de datos cuantitativos: liderado por el equipo de la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud. Las fuentes consultadas fueron registros administrativos del Ministerio de Salud: Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud: Unidades de Recursos Humanos de los Servicios Regionales de Salud, Dirección de Atención Primaria, Dirección de Enfermería. Registros administrativos del Instituto Dominicano de Seguridad Social, la Policía Nacional, Fuerzas Armadas, así como la Oficina Nacional de Estadística (ONE). La gestión de los datos se realizó mediante solicitud por escrito y entrevistas a los informantes designados por las instituciones. El proceso se realizó durante un periodo de 3 meses.

2. Recolección de datos cualitativos. Conducido por el resto del equipo de coordinación. Los informantes claves identificados fueron clasificados en 4 grupos, según lo definido en la guía metodológica del manual de metas:

a) Políticas y Dotación de RHUS:

- Informantes del MSP: Dirección de Recursos Humanos, Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud: Unidades de Recursos Humanos de los Servicios Regionales de Salud, Dirección de Atención Primaria, Dirección de Residencias Médicas, Departamento de

pasantía, Dirección de Enfermería. Así mismo participaron el Departamento de Planificación Departamento de Estadísticas, Consultoría Jurídica, Dirección General de Promoción en Salud, Dirección de Salud Ambiental.

- Informantes externos al MSP: Instituto Dominicano de Seguro Social, Policía Nacional, Ministerio de trabajo, Ministerio de la Administración Pública.

b) Migración de RHUS: Ministerio de Relaciones Exteriores, Dirección General de Migración, Departamento de Revalida y Convalidaciones de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), Coordinación de Revalida y Convalidaciones Facultad de Ciencias de la Salud (UASD), Departamento de Consultoría Jurídica del MSP, Ministerio de la Administración Pública, Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología.

c) Condiciones de trabajo de los RHUS: Colegio Medico Dominicano, Asociación de Enfermeras Graduadas, Sociedad de Salud Ocupacional, Sociedad de prevención de riesgos laborales, Sindicato Nacional de Trabajadores de Enfermería, Administradora de Riesgos Laborales, Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, Ministerio de la Administración Pública, Ministerio de Trabajo.

d) Relación Servicios e instituciones formadoras: Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología, Departamento de Residencias Medicas (UASD y MSP), Universidad Autónoma de Santo Domingo, Universidad Iberoamericana, Instituto Tecnológico de Santo Domingo, Universidad Católica de Santo Domingo, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra,

Universidad Central del Este, Asociación Dominicana de Facultades y Escuelas de Medicina.

Posteriormente se procedió a la remisión de los instrumentos de recolección de datos a los informantes, así como a la socialización del proceso y contexto general de la medición, mediante encuentros de trabajo con los incumbentes y técnicos designados por las instituciones contactadas. A través de dichos encuentros se busco la sensibilización y motivación de los informantes, para la generación de evidencias y respuesta positiva a la convocatoria del taller de medición.

En ese contexto, en el mes de agosto fue realizada la Jornada de talleres de medición: el miércoles 24 fue realizado el taller de capacitación del equipo de coordinación nacional y facilitadores, el jueves 25 el taller con informantes claves, para la construcción de la línea de base de la situación de los recursos humanos de salud. El día 26 fue realizado el taller de análisis de resultados y priorización.

II- RESULTADOS

Meta 1: Todos los países de la Región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes.

Densidad de Recursos Humanos

Profesionales*	Total
Médicos	15,717
Enfermeras	2,807
Total	18,524
Proyección población 2010	10,010,590 habitantes
Densidad RHUS/ 10,000 habitantes	18.5

*Solo fueron incluidos médicos y enfermeras profesionales trabajando en el Ministerio de Salud Pública (MSP).
Fuente: registros administrativos del MSP e Instituto Dominicano de Seguro Social

Pese a que en los últimos años se han realizado importantes esfuerzos para reducir el número de personas con más de un empleo en el Estado, aun se considera que por encima del 50% de los profesionales empleados de otras instituciones públicas o privadas de salud, también son empleadas del Ministerio de Salud Pública, principal empleador del sector salud. En tal sentido, y debido a la complejidad de poder depurar el número de médicos y enfermeras con un solo empleo, para el cálculo de la densidad de recursos humanos fueron utilizados solo los datos de profesionales trabajando en el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Dominicano de Seguro Social. Es oportuno puntualizar que los

profesionales pertenecientes a los cuerpos castrenses, tales como Ministerio de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional y Marina de Guerra fueron excluidos de la medición debido a que esta nomina no pudo ser cruzada con la del Ministerio de Salud y del Instituto Dominicano de Seguro Social.

De acuerdo con estos resultados, el número de profesionales existentes sitúan a Republica Dominicana con una densidad de recursos humanos de 18.5/10,000, por debajo de la meta de 25/10,000. Este dato muestra un déficit en el número de recursos humanos que se encuentran trabajando, en relación a los necesarios para alcanzar las metas mínimas de salud planteadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Este déficit se encuentra a expensas principalmente de personal de enfermería, ya que el número de médicos es casi 8 veces mayor que el de enfermeras profesionales. El bajo número de enfermeras profesionales se encuentra en su mayoría laborando en establecimientos de salud de segundo y tercer nivel, mientras que los servicios de atención primaria están siendo cubiertos por personal auxiliar.

Meta 2: Las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.

Profesionales	Total
Total de Médicos (MSP)	15,717
Médicos de Atención Primaria	3,097
% de médicos en Atención Primaria	19.7

Fuente: registros administrativos MSP

El 19.7% de los médicos que laboran en el Ministerio de Salud Pública, lo hacen en atención primaria. Esto representa la mitad de la meta propuesta, la cual alerta sobre la necesidad de que la fuerza de trabajo este apropiadamente preparada para encarar los cambios esperados en el sistema de salud y apoyar la entrega de servicios de primer contacto basados en la comunidad.

Meta 3: Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.

PREGUNTAS	Puntuación
1. ¿Existe un programa nacional con (Ministerio de Salud) respecto a equipos de atención primaria de la salud?	10 Si=10 pts
2. Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué porcentaje de la población total del país es cubierta por los equipos de atención primaria de salud?	6 40 a 59%
3. ¿Utiliza redes comunitarias el programa de atención primaria de la salud?	0 No= 0
4. ¿Cubre el programa a poblaciones vulnerables?	10 Si = 10
5. ¿Cuál de las siguientes poblaciones es cubierta por los equipos de atención primaria de la salud? Mujeres embarazadas de alto-riesgo, Grupos étnicos, Niños, Grupos religiosos, Adultos mayores, Grupos culturales, Personas con discapacidad, Bajos recursos, Personas con trastornos mentales, idiomas ancestrales	7 Un pto c/u
6. ¿Qué grupos de trabajadores de la salud son generalmente incluidos en los equipos de atención primaria de la salud?	6 Dos pts c/u
7. ¿Qué conjunto de competencias amplias son requeridas actualmente en los equipos de atención primaria de la salud?	6 Dos pts c/u
TOTAL /70	45/70=

En relación al punto 3 la dicotomía de sí o no, no permite expresar los grados variables de desarrollo de redes comunitarias que existen al interior del país a nivel de provincias y regiones.

En República Dominicana existen en la red pública 1,641 Unidades de Atención Primaria (UNAP), cada una de las cuales incluye un médico/a, un/a *auxiliar de enfermería, promotor/a de salud equivalentes al trabajador comunitario. Actualmente el 44.2% de los médicos en las UNAP son pasantes de ley (1,441). Hasta el momento el país dispone de 3,097 médicos (Certificados y Pasantes) que laboran en unidades de atención primaria, 2,048 auxiliares de enfermería, 639 supervisores de promotores y 3,200 promotores de salud.

Meta 4: La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países

Profesionales	Total
Total de enfermeras	2,807
Total de médicos	15,717
Razón médicos por enfermeras	5.6

Fuente: registros administrativos del MSP e Instituto Dominicano de Seguro Social

Los resultados de la medición ponen en evidencia un importante déficit de enfermeras profesionales como parte integral de los recursos humanos que componen el sector salud, lo cual repercute negativamente en la calidad de la atención. Este déficit podría estar relacionado a varios factores como por ejemplo un modelo de atención centrado en personal auxiliar, falla en la planificación de los recursos humanos necesarios conforme a la situación de salud del país, escasa

motivación debido a los bajos salarios y escaso reconocimiento social percibidos por este personal. De acuerdo con datos de la Dirección General de Enfermería del Ministerio de Salud, en el país existen 27 liceos formadores de bachilleres técnicos en enfermería, cuyos egresados en su mayoría terminan estudiando medicina. De 11 universidades nacionales que ofertan la carrera de enfermería, solo egresan unas 200 enfermeras graduadas por año.

Meta 5: Todos los países de la Región habrán establecido una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.

Característica	Puntuación
¿En el país existe la dirección de recursos humanos?	10
1. Nivel de jerarquía en el diseño de la organización ministerial: al lado del Ministro de Salud, en funciones de asesoría, o parte del equipo de conducción o parte del los niveles de dirección nacional	1
2. Desarrollar políticas de recursos humanos en salud para todo el sistema de salud	0
3. Planifica el número y tipo de recursos humanos que requiere el sistema de salud (Por ejemplo, la cobertura poblacional de los equipos de salud)	0
4. Conducción estratégica de la gestión de recursos humanos en salud, la educación para el trabajo, el abordaje de sus problemas y determinantes para el sistema de salud, mecanismos para incentivar la ubicación geográfica de personas, existencia de la Ley de Carrera Sanitaria.	0.3
5. Cuenta con un sistema de información actualizado que integre el inventario de sus recursos humanos en salud, número, tipo, localización y niveles educativos	0.3
6. Utiliza la negociación para las relaciones intersectoriales con el sector educativo, empleador y gremial. Ministerio de Finanzas y Ministerio de Trabajo	0.5
TOTAL	12.1

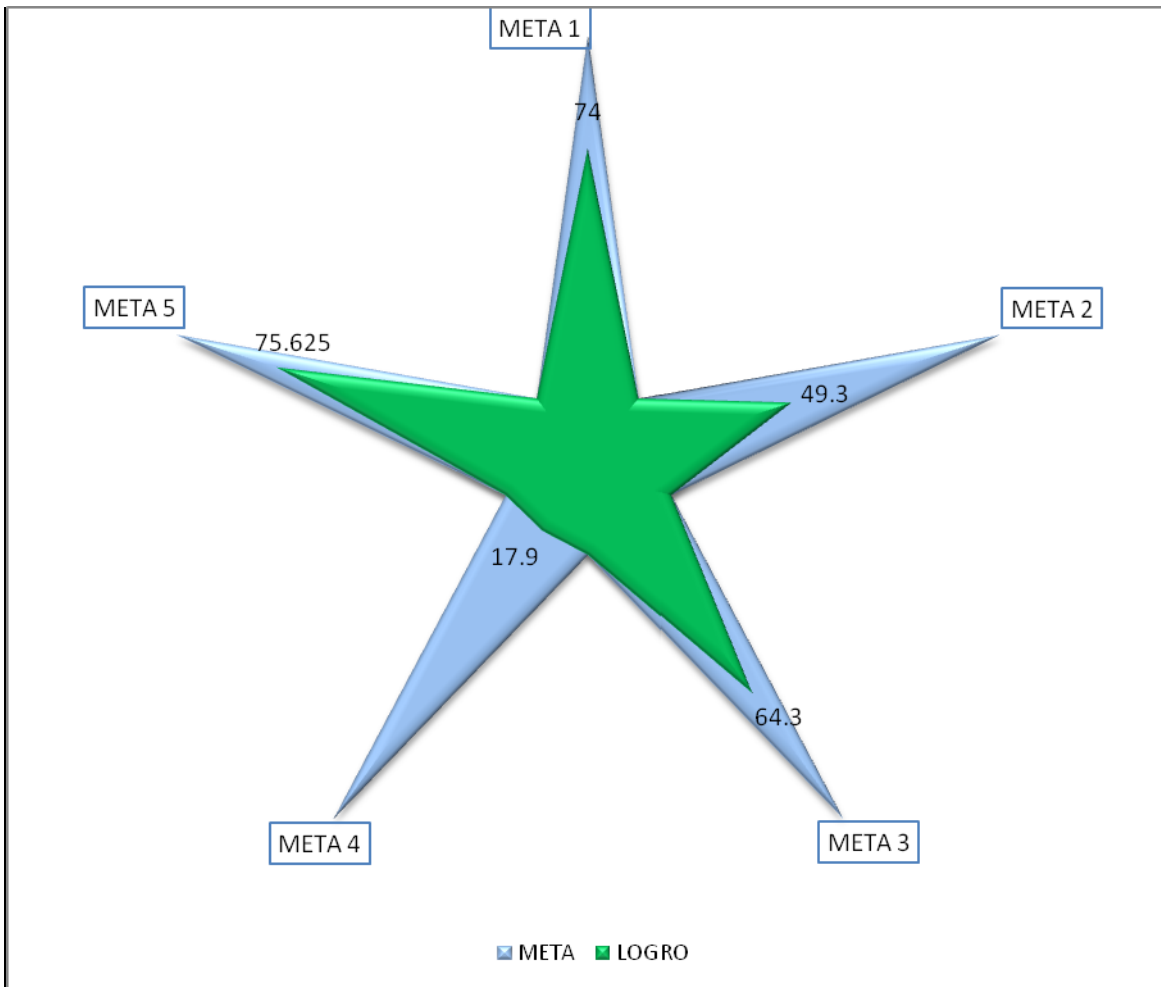
Si=1 pto .

No=0

En el país existe una unidad institucional para la conducción de los recursos humanos en salud, con un adecuado nivel jerárquico dentro de la estructura organizacional del ministerio de salud pública. Sin embargo se aprecian debilidades para la conducción estratégica de los recursos humanos y gestión de políticas en esta materia para todo el sistema de salud.

Resumen Medicion Desafio 1, metas 1 al 5

METAS	DESCRIPCIÓN	ESPERADO	OBSERVADO	META	LOGRO
1	Razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes	25	18.5	100 20	74 20
2	La proporción de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.	40	19.7	100 20	49.3 20
3	Equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.	70	45	100 20	64.3 20
4	Razón de enfermeras calificadas: médicos de al menos 1:1	1	5.6	100 20	17.9 20
5	Establer una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.	16	12.1	100	75.625



De acuerdo con los resultados obtenidos en la medición de las metas correspondientes al desafío 1, se plantean las siguientes prioridades:

- 1- Redefinición del Modelo de Atención del país, que privilegie el acceso de la población a servicios de salud con un enfoque de atención primaria.
- 2- Reconversión de la Dirección General de Recursos Humanos, hacia una unidad de conducción de carácter político regulatorio para la gestión estratégica de los recursos humanos.
- 3- Definición del número de enfermeras profesionales necesarias, a partir del Modelo de Atención que asuma el país.

- 4- Iniciar el proceso de profesionalización del personal auxiliar de enfermería, en adición a la mejoría de acceso a la formación y fortalecimiento de la carrera de enfermería en coordinación con las instancias formadoras y gremios.
- 5- Revisar y fortalecer los sistemas de incentivos para el ejercicio de enfermeras profesionales
- 6- Gestionar una mayor vinculación con las instituciones formadoras de RRHH, a fin de reorientar la formación en función de las necesidades de recursos humanos en el sistema de salud.
- 7- Fortalecer los sistemas de información para la planificación y gestión de los recursos humanos.
- 8- Desarrollar una línea de investigación que permita generar evidencias sobre la situación del personal de enfermería en el sistema de salud e instituciones formadoras.

Desafío 2: Ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados, de manera de lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población.

Meta 6: La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015

Distribución urbano/rural	No.
Poblacion urbana	6,719,108
Total de medicos y enfermeras en area urbana	17,076
Densidad de RHUS urbana	25.4
Poblacion rural	3,291,482
Total de medicos y enfermeras en area rural	1,448
Densidad de RHUS rural	4.4

- Esta data solo corresponde al personal medico ya que las auxiliares de enfermera no fueron contempladas en la medicion

Fuente: registros administrativos del MSP e Instituto Dominicano de Seguro Social y proyección de población Oficina Nacional de Estadística (ONE)

En República Dominicana, para fines del registro estadístico y censal nacional se define como urbana a las poblaciones Ubicadas en las cabeceras y distritos municipales. Mientras, las poblaciones localizadas en secciones y parajes son rurales (Oficina Nacional de Estadística. Departamento de Investigaciones. Panorama Estadístico. AÑO 2, Nº 9 BOLETÍN MENSUAL SEPTIEMBRE 2008).

Los resultados de la medición de esta meta demuestran un desequilibrio en la distribución urbano rural de médicos y enfermeras, lo cual pone en evidencia la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las poblaciones de estas áreas.

Meta 7: Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables.

Competencias de Salud Pública	Puntuación
1. Habilidad para desarrollar estrategias de promoción de la salud	0.5
2. Vigilancia de factores de riesgo y condiciones epidemiológicas	0.5
3. Educación y tratamiento preventivo para prevenir enfermedad y lesiones	0.5
4. Conocimiento de la interacción de salud pública con los servicios de salud a nivel local	0
5. Capacidad para utilizar evidencias en la toma decisiones sanitarias, políticas, de gestión (planificación, ejecución y evaluación) y de desarrollo de programas y prácticas	0.3
6. Capacidad de llevar a cabo investigaciones	0
7. Promover alianzas, colaboración y abogacía	0.3
8. Capacidad de seguir y promocionar el bienestar y encarar las inequidades en el estado de salud	0
9. Competencias de interculturalidad y/o atención a la diversidad : Habilidades interactivas y de comunicación que reconocen y realzan las capacidades cognitivas, emotivas y de intercambio que deben ser tomadas en cuenta cuando se le proporciona cuidados de salud a grupos étnicos, lingüísticos, religiosos, socio-económicos o con opciones sexuales diversas.	0
TOTAL	2.1

Si=1 pto.No=0

Total 9=100%

Los cambios experimentados por el sistema de salud dominicano, han orientado acciones para el establecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema. Dichas transformaciones demandan equipos de atención primaria fortalecidos con amplias competencias y habilidades interculturales y de respeto a la diversidad para la atención integral de la salud de la población desde el espacio comunitario. Los resultados de la medición de la meta 7, demuestran un bajo nivel de competencias de salud pública por parte de este personal, lo cual plantea importantes desafíos para lograr efficientizar su desempeño para la gestión de procesos comunitarios, desarrollo de investigaciones, vigilancia de factores de riesgo y promoción de hábitos saludables en un marco de respeto y atención a la diversidad.

Meta 8: Setenta por ciento de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.

Datos requeridos	SI	NO
1. ¿El Ministerio tiene un programa de educación en el trabajo (INCLUIDA oferta universitaria o de INSTITUTOS) PARA PERFECCIONAR LA FORMACION INICIAL de:		
Enfermeras.....		
.....	X/20	
enfermeras	X/20.	X
auxiliares.....	/20	X
Técnicos de la salud.....	/20	
Trabajadores comunitarios de		

salud.....		
TOTAL/8o	40	

INFORMACION ADICIONAL

1. Número de cursos de este tipo que ofrece la institución o número de cursos que le facilitan el acceso fuera de la institución.	0	
2. Número total de cursos que oferta el programa de educación en el trabajo (para todo tipo de personal)	8	
3. Número de personas enfermeras, enfermeras auxiliares, técnicos de la salud y trabajadores comunitarios de salud quienes han llevado a cabo entrenamiento adicional (universitario, en-servicio, o en el trabajo) para mejorar sus habilidades en los últimos 3 años.	659	
4. Personal de salud total (de acuerdo a los grupos arriba considerados) que forman parte de la fuerza de trabajo total	ND	

El Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección de Enfermería, ha desarrollado el proyecto de profesionalización de auxiliares de enfermería, con 148 egresadas en 3 promociones. Así mismo mediante convenios con agencias internacionales de cooperación, desarrolla el programa de educación en servicio, capacitándose un considerable número de enfermeras profesionales y auxiliares en diversos temas, tales como Enfermería Comunitaria, capacitándose 60 enfermeras y 10 auxiliares; salud sexual y reproductiva, con 150 Enfermeras capacitadas. Salud comunitaria del cual se capacitaron 76 Enfermeras y 131; 10 Enfermeras y 14 Auxiliares en Prevención y Promoción de la Salud Comunitaria;

16 Enfermeras y 41 Auxiliares en Cuidados del Embarazo, Crecimiento y Desarrollo del Niño.

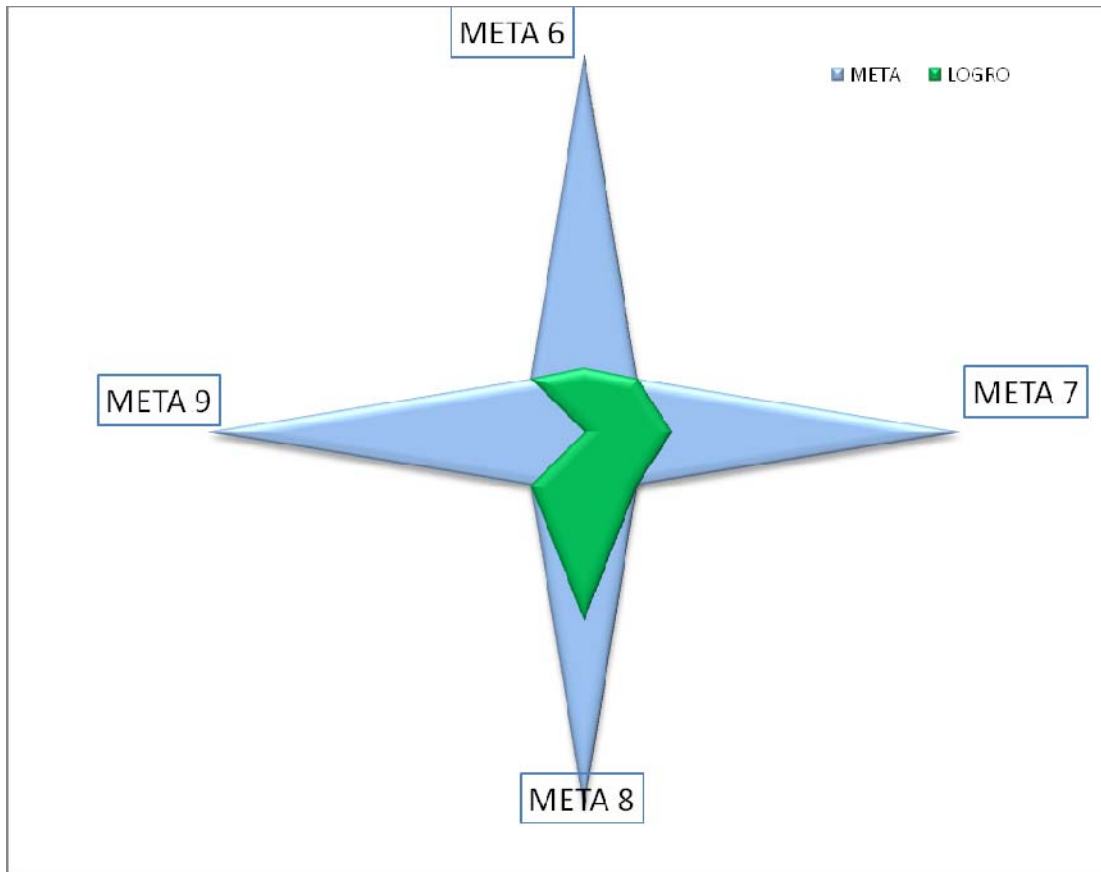
Los resultados obtenidos de la medición de esta meta demuestran la necesidad de una mejor gestión de la cooperación para el desarrollo de programas de educación permanente, los cuales podrían ser de mayor alcance y con resultados de mayor impacto si se realizan de manera coordinada dentro del sistema de gestión de recursos humanos y orientado a las necesidades de fortalecimiento de las capacidades del personal que trabaja en atención primaria. Se hace evidente la necesidad de armonizar la cooperación articulándola a los diferentes componentes de la capacitación de recursos humanos, gestionados a través de los programas del Ministerio orientados de acuerdo a problemas de salud prevalentes y situaciones contingentes.

Meta 9: El treinta por ciento del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades.

Información no disponible

Resumen Medicion Desafio 2, metas 6 al 9

METAS	DESCRIPCIÓN	ESPERADO	OBSERVADO	META	LOGRO
6	La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015.	1	0.17	100 20	17 20
7	Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables	9	2.1	100 20	23.3 20
8	El 75% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones	80	40	100 20	50 20
9	El 30% del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades	30	ND	100	ND



De acuerdo con los resultados de la medición de las metas correspondientes al desafío 2, fueron identificadas las siguientes prioridades:

- 1- Asumir la estrategia de educación permanente del personal de salud para el desarrollo de nuevas competencias conforme las necesidades del sistema.
- 2- Identificar estrategias para enfrentar la distribución, dotación y retención de los recursos humanos necesarios en los lugares alejados y con población subatendida.

Desafío 3: Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.

Meta 10: Todos los países de la Región habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.

1. ¿El país ha adoptado un Código Global de Práctica del reclutamiento internacional de trabajadores de la salud? **no**
2. ¿El país ha establecido normas éticas con respecto al reclutamiento internacional? **no**

De acuerdo a los resultados de la medición, el país no ha adoptado un código internacional de práctica, ni se han desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud, por lo que resulta pertinente indagar cuales países han adoptado códigos de este tipo y gestionar la inserción del país en dichos procesos. Hay antecedentes en otras ramas de la producción que facilitan el proceso migratorio, así como convenios bilaterales con otros países en otros renglones. Resultaría relevante asimilar los resultados exitosos para ser adoptados en el sector salud.

Meta 11: Todos los países de la Región tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.

El país tiene una política de auto-suficiencia con respecto a los recursos humanos de la salud? **No**

Ante la ausencia de políticas de autosuficiencia de recursos humanos en salud, el país deberá formular políticas acertadas de retención de RHUS fundamentadas en condiciones de trabajo libre de riesgos y adecuadas, así como beneficios e incentivos atractivos.

Determinar los criterios de autosuficiencia y medir los requerimientos de RHUS en salud a corto, mediano y largo plazo, a fin de realizar un análisis. El Ministerio de Salud debe dar la referencia del documento legal que establece que se permite el ingreso de profesionales extranjeros en caso de que no existan profesionales o formación en determinadas áreas de la salud. Realizar estudios de oferta y demanda de servicios profesionales de salud.

Estructuración del tema de certificación y recertificación de profesionales, sumado a puntualizar el tema de migración en el Proyecto de Ley de Carrera Sanitaria.

Implementación del Sistema de Información Único del Sistema Nacional de Salud para que permita identificar quienes están prestando la atención directa al paciente.

Registro de egresados del área de salud y registro de profesionales extranjeros en ejercicio, complementario al registro de reválida realizado por la UASD. Las fuentes de datos identificadas son el Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y la Oficina Central de Revalida y Convalidación de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

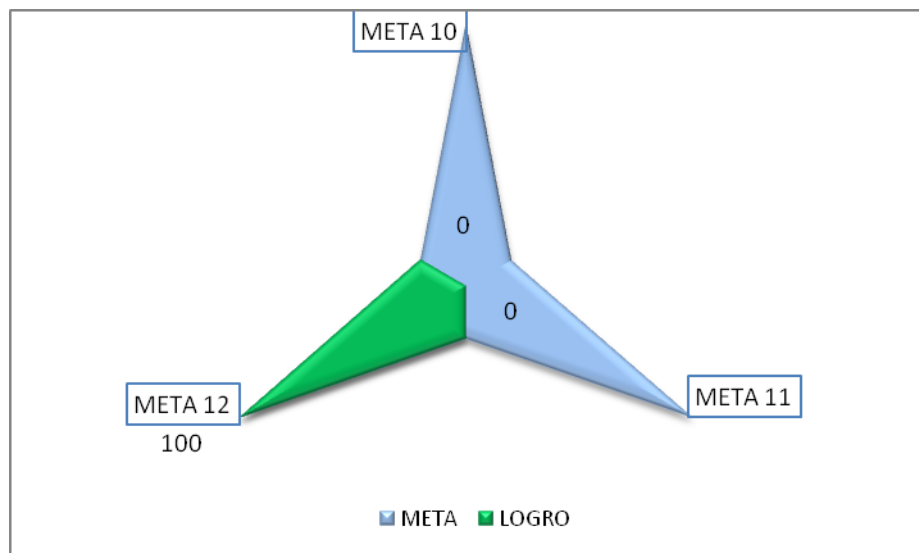
Meta 12: Todas las subregiones habrán formulado acuerdos mutuos e implantados mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.

Actualmente en el país existen mecanismos para el reconocimiento de credenciales de profesionales capacitados en el extranjero? **Si**

En el país existen mecanismos legales para el reconocimiento de credenciales de profesionales formados en el extranjero, estos mecanismos están establecidos y dirigidos por la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), a través del departamento de revalidas y convalidaciones y la Coordinación de Revalida y Convalidaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UASD. Existen además acuerdos bilaterales con España y Cuba para el reconocimiento de profesionales de la salud.

Resumen Medicion Desafio 3, metas 10 a 12

METAS	DESCRIPCIÓN	ESPERADO	OBSERVADO	META	LOGRO
10	Habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud	100	0	100 20	0 20
11	Tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud	100	0	100 20	0 20
12	Habrán formulado acuerdos mutuos e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero	100	100	100	100



Prioridades identificadas:

- 1- Promover la adopción de un código global de la práctica internacional.
- 2- Regulación y registro efectivo del estatus legal de las migraciones para el cumplimiento de normas, lo que asegurara calidad y equidad en los servicios de salud.
- 3- Flexibilizar los procesos de legalización y regulación de las credenciales, de manera que cada extranjero pueda ejercer con la normativa, y no de paso a las labores clandestinas.
- 4- Asumir la problemática desde el punto de vista de la alta política haciendo participe a las universidades, migración, cancillería, ministerio de salud entre otros para promover acuerdos políticos entre gobiernos.
- 5- Investigar la magnitud y características de la migración de personal calificado en salud, para la visibilización y análisis de las pérdidas para el país.

Desafío 4: Generar ambientes de trabajo saludables que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.

META 13

La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.

Aspectos a indagar	Porcentaje
Porcentaje de personal de salud con multi- empleo	65% aproximadamente.
Porcentaje de personal con nombramiento definitivo	En el Ministerio de Salud Publica, todo el personal de salud tiene nombramiento definitivo, a excepción de los médicos pasantes y Residentes.
Existencia o no de un proyecto de carrera sanitaria	Existe una propuesta de Ley de Carrera Sanitaria que en estos momentos se encuentra en un proceso de readecuación y revisión por parte del Ministerio.

El Colegio Medico Dominicano tiene 23,324 médicos registrados. Laboran 2, 182 en el IDSS, 12,115 laboran en el MSP, 1,261 laboran en ambas instituciones, y 921 médicos solo laboran en una de las dos instituciones. No se contemplaron los médicos que trabajan para otras instituciones públicas y Sector privado.

En relación a la ley de carrera sanitaria, existe un consenso entre los informantes participantes en relación a que desde hace 10 años se impulsan importantes esfuerzos para la formulación y aprobación de un proyecto de ley, el cual fue sometido al congreso en este año 2011. Sin embargo se prevé que dicho anteproyecto, sea nueva vez sometido a consulta con miras a lograr su mejor fundamentación desde el punto de vista de la definición del modelo de atención.

META 14

Ochenta por ciento de los países en la Región habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para las reducir enfermedades y accidentes ocupacionales.

Aspectos a indagar	SI 10	NO	En proceso
1. El Ministerio de Salud tiene una política nacional de salud y seguridad		X	
2. La política cubre: equipo actualizado y reparado		X	
3. Ambientes sanos sin riesgos		X	
4. Áreas de trabajo estructuralmente seguras		X	
5. Entrenamiento en seguridad		X	
6. Provisión de servicios de salud y seguros de salud	X		
Total : 60/60 es 100% meta	10		

El Seguro Familiar de Salud garantiza Servicios de Salud y la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) trabaja en programas de Prevención de Riesgos en los lugares de trabajo, para orientar sobre prevención de Accidentes y Enfermedades Profesionales, lo cual es aplicado a todo el personal que labora para el Ministerio, incluyendo el personal de Salud.

Políticas de Salud y Seguridad como tal no tenemos, existe un borrador, y acciones encaminadas a la formación de un Comité de Salud y Seguridad para la Sede central (pendiente documento contenida la Disposición del Ministro) y luego para ser aplicada a los diferentes Establecimientos de Salud al igual que el funcionamiento de Unidades Hospitalarias de Salud y Seguridad que fueron puestas en funcionamiento, por la Dirección General de Salud Ambiental. Actualmente contamos con instrumentos legales para aplicar todas estas disposiciones como son la (Ley general de salud 42-01), la (Ley de seguridad social 87-01), el Artículo 42 de La Constitución, El Reglamento 522-06 del Ministerio de Trabajo, entre otras.

META 15

Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellos las de carácter ético.

Aspectos a indagar	SI	NO	En proceso
1. ¿Existen o no los requerimientos de certificación en gerencia para quienes dirigen servicios y programas de salud? / 4	X		

2. ¿Tienen registros del volumen de personal con estas especificaciones de capacitación?/2	X		
3. ¿El estado tiene programas permanentes de capacitación en gerencia para el personal directivo? / 4		X	
TOTAL 10/10 100% META	6		

De 176 Hospitales del Ministerio 89 Directores están formados en Gerencia en Salud para un (50.5%). No se dispone de información sobre los 20 Hospitales del IDSS, ni los 3 Hospitales Militares.

META 16

El 100% de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.

Aspectos a indagar	SI 50	NO	En proceso
1. ¿En el país existe legislación que penaliza la suspensión de actividades del personal de salud en los servicios esenciales de salud?	X		
2. En el país existen mecanismos formales de negociación para prevenir, mitigar o resolver los conflictos laborales		X	
TOTAL: 100/ 100% cumplimiento de meta	50		

Información adicional	
Identifique la legislación que existe para garantizar la entrega de servicios esenciales	Ley General de Salud (42-01)
Enumere los mecanismos formales de negociación que estén en práctica para evitar una posible paralización del servicio de salud	Llamados a Médicos Militares, contratación de personal nuevo.

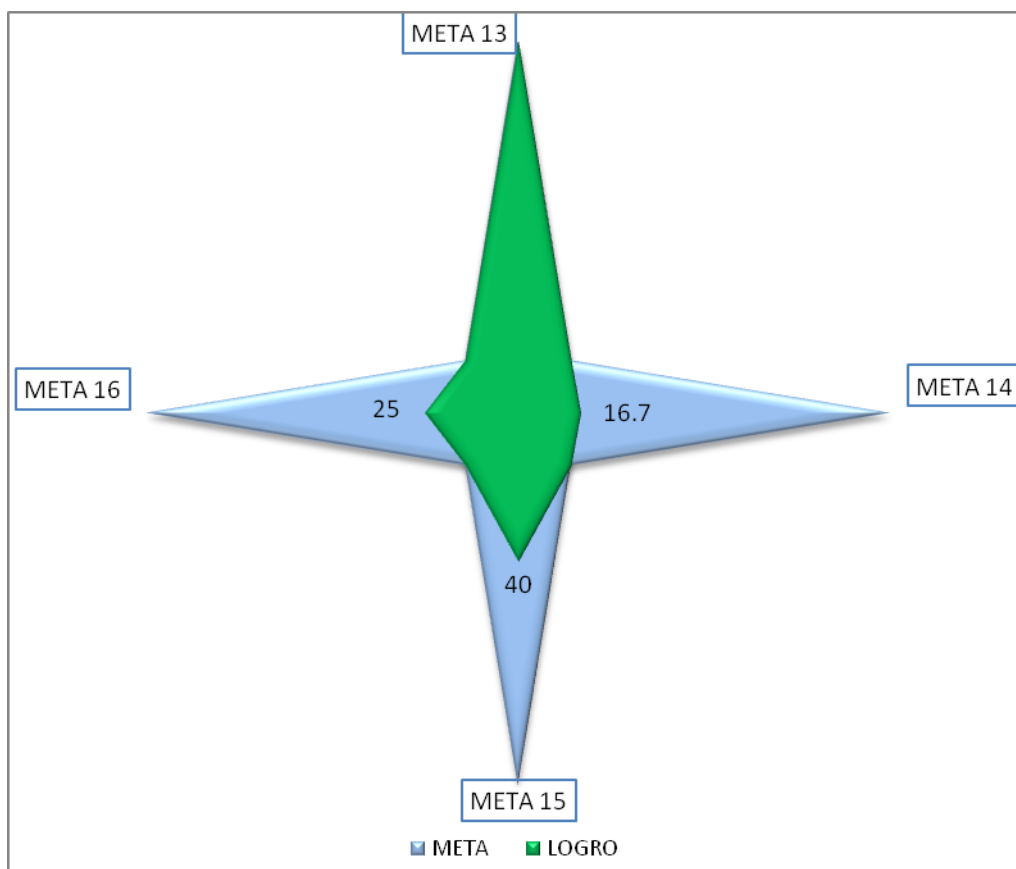
En el caso que existan los mecanismos, proporcionar una definición y enumerar los servicios esenciales a ser proporcionados	Medicina Ambulatoria, Emergencias Medicas, Pacientes de cuidado.
En el caso que existan los mecanismos, indique si la jurisdicción es nacional, regional o provincial.	Nacional

Los gremios participantes, entienden que existe Legislación que penaliza la suspensión pero que no se aplica y que luego de presentados los conflictos de Trabajo es que se forman las mesas de negociaciones.

Resumen Medicion Desafio 4, metas 13 al 16

METAS	DESCRIPCIÓN	ESPERADO	OBSERVADO	META	LOGRO
13	La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad	0	0	100	100
				20	20
14	Habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales	60	10	100	16.7
				20	20

15	Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellos las de carácter ético	10	4	100	40
				20	20
16	Mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten	100	25	100	25



Prioridades identificadas:

- 1- Desarrollar sistemas de información para transparentar la situación del empleo precario
- 2- Fortalecer la legislación para la protección de los trabajadores de la salud
- 3- Asumir la formulación de políticas que garanticen que el personal de salud labore de manera segura y sin riesgos
- 4- Concretizar la ley de carrera sanitaria

Desafío 5: Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para producir profesionales sanitarios sensibles las necesidades de la comunidad y calificados.

Meta 17: El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.

Características	Puntuación
1. La escuela de Ciencias de la Salud centra la formación de los profesionales en el modelo biomédico ^{1*} :	
Médicos.....	1
Enfermeras.....	1
Incluyen contenidos de APS en el currículo**	1
Cambiaron el modelo curricular y lo reorientaron hacia APS***	1
Tienen estrategias de formación interprofesional***	1
Existencia de soporte financiero para la formación interprofesional***	0
TOTAL	5

*No= 1 si=0 ** si =1 ***si=3 total 13/13=100% meta

Los representantes de las entidades formadoras, afirman no centrar la formación de médicos y enfermeras en el modelo biomédico, sin embargo se aprecia una falta de correspondencia entre esta afirmación y lo referido en relación a los cambios realizados al modelo curricular, las estrategias de formación interprofesional existentes y el soporte financiero para este tipo de formación. Por lo que sería pertinente realizar otras evaluaciones que permitan evidenciar si

¹ El modelo biomédico centra la formación del recurso humano en una causalidad biológica del proceso salud-enfermedad, por tanto el eje es la noción de la enfermedad y su curación y las materias de ciencias básicas, descuidando o anulando el enfoque social de los procesos, y por tanto, minimizando o eliminando material sociales que permitan una visión desde la salud y no la enfermedad.

realmente el modelo de formación de estos profesionales está enfocado en APS y las estrategias e inversión llevadas a cabo para su implementación, así como la integración de la formación con el servicio de salud.

Meta 18: El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.

Aspectos a indagar	Puntuación
¿Existen programas de extensión universitaria que integren estudiantes de poblaciones subatendidas para formarse en las carreras de las ciencias de la salud o en escuelas de salud pública?	0
¿Qué número y porcentaje de los programas son dirigidos a captar estudiantes que provienen de poblaciones indígenas, o que tienen escasos recursos o que viven en distancias geográficas inaccesibles? ²	0

Ninguna de las universidades participantes afirmó poseer programas de extensión para la integración de poblaciones subatendidas en las carreras de ciencias de la salud o en escuelas de salud pública. Pese a la existencia de programas de apoyo

² Se podría incluir también a estudiantes con algún tipo de discapacidad que no impida el ejercicio profesional de las carreras de ciencias de la salud.

economico para estudiantes universitarios de escasos recursos llevados a cabo por instituciones del Estado, las universidades no realizan ningun tipo de coordinacion con dichas instancias para la priorizacion de jovenes que deseen estudiar alguna de las carreras de ciencias de la salud.

Meta 19: Porcentaje de estudiantes de las escuelas de medicina y enfermería que inician y no terminan las carreras en los años esperados no pasarán del 20%

De acuerdo con la guía metodológica, a través de esta meta se trata de estimar la calidad del proceso educativo y las dificultades para la retención de los estudiantes en las carreras de ciencias de la salud, frente a los costos que implican su formación, su repitencia y abandono. En la medición realizada, no fue posible obtener datos sobre el nivel de deserción a nivel nacional, ni por universidades. La no disponibilidad de estos datos refleja serias deficiencias en el sistema educativo nacional para el monitoreo del costo-efectividad del proceso de formación de estos profesionales.

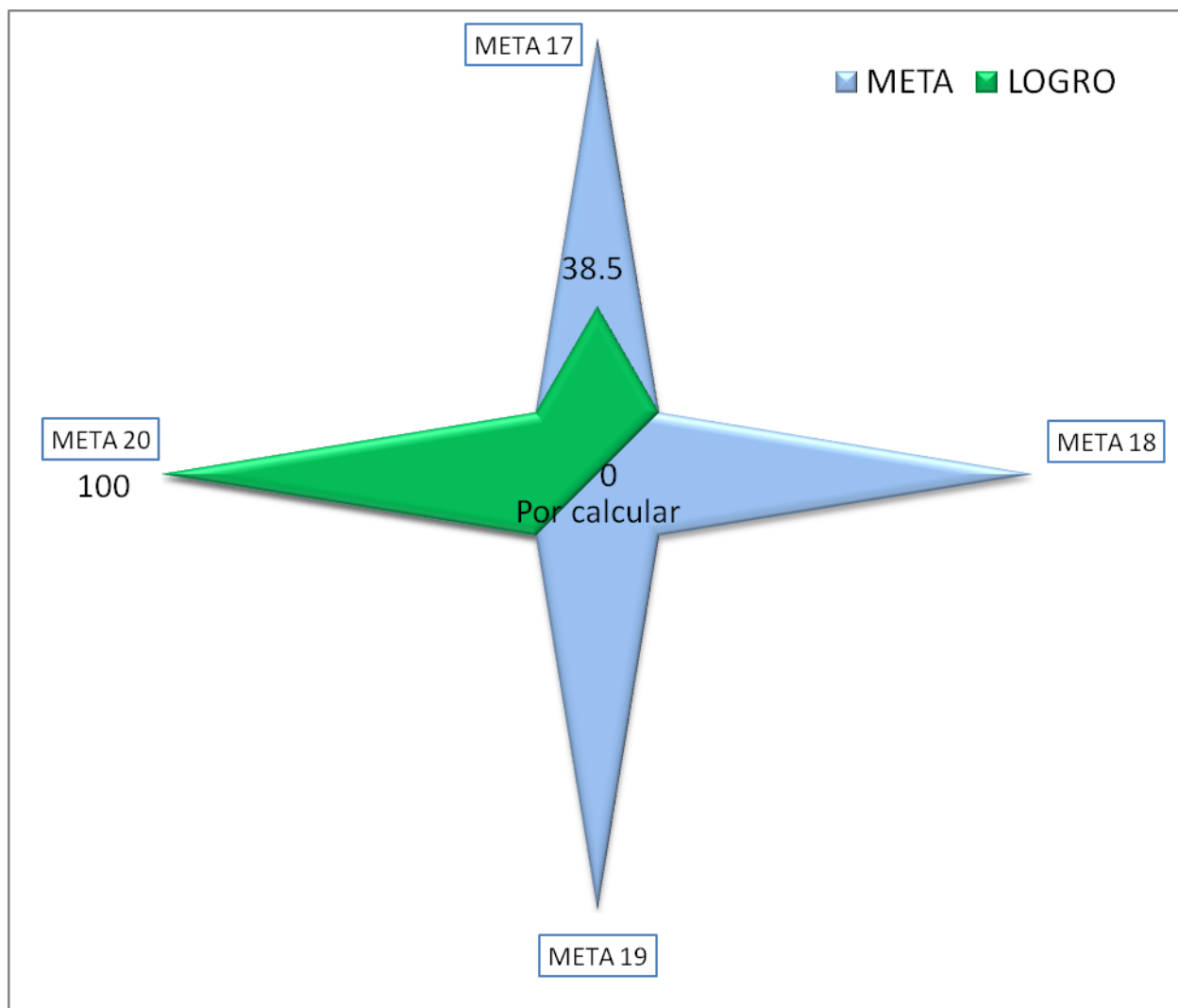
Meta 20: El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas (en cuanto a su calidad) por una entidad reconocida.

La orientación de los servicios hacia la calidad es uno de los principios de los sistemas de salud basados en la APS y son la base para las políticas de salud y formación del personal sanitario. En Republica Dominicana, la Secretaria de

Estado de Educación Superior Ciencia y Tecnología, es el organismo del Estado encargado de realizar las evaluaciones de las escuelas de ciencias de la salud y de salud pública. De acuerdo con los resultados de la última evaluación realizada por El Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MEESCYT), la totalidad de las escuelas de medicina y enfermería (10 de medicina y 12 de enfermería) se encuentran evaluadas y aprobadas por esta instancia.

Resumen Medicion Desafio 5, metas 17 al 20

METAS	DESCRIPCIÓN	ESPERADO	OBSERVADO	META	LOGRO
17	El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional	13	5	100	38.5
				20	20
18	El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas	100	0	100	0
				20	20
19	Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%	20	ND	100	ND
				20	20
20	El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.	70	70	100	100



Prioridades

- 1- Incentivar la participación de las universidades en el diseño del nuevo modelo de atención.
- 2- Generar una mayor vinculación de las entidades formadoras, en el proceso de planificación de recursos humanos y necesidades de formación.

- 3- Propiciar una mayor vinculación con las universidades para la formación de los estudiantes de las carreras de ciencias de la salud mediante escenarios que propicien un mayor acercamiento con el servicio de salud a fin de que el personal recién egresado conozca el sistema y desarrolle mejores competencias en salud pública para su desempeño en el escenario comunitario.
- 4- Realizar análisis económicos sobre la inversión desde el ministerio y universidades, para la formación de recursos humanos.

CONCLUSIONES

- La existencia de una unidad de recursos humanos, con una posición jerárquica adecuada dentro del Ministerio es una fortaleza para la reorientación de la política en esta materia.
- Sin embargo se aprecian limitaciones dentro de esta unidad para la gestión estratégica de los recursos humanos, lo cual se evidencia en la ausencia de políticas claras para la gestión y planificación efectiva de estos recursos, visibilidad y posicionamiento del tema.
- Las limitaciones observadas en la disponibilidad de datos, tanto cuantitativos como cualitativos, pone en evidencia serias deficiencias en la disponibilidad de Sistemas de Información que faciliten la planificación de los recursos humanos en salud.
- La brecha observada entre el número de enfermeras calificadas y el número de médicos, representa un factor que amenaza la calidad de la atención, sobre todo en atención primaria, en donde la mayor cantidad de unidades está compuesta por enfermeras auxiliares. Esta situación muestra deficiencias en la planificación de los recursos humanos y una desvinculación de las entidades formadoras en este proceso para la formación de los recursos necesarios con los perfiles adecuados.
- Se visibilizo la ausencia de un modelo basado en atención primaria, como el principal factor determinante de la falta de políticas para la planificación,

formación, distribución y retención de los recursos humanos para una mayor eficiencia y calidad del sistema, coherente con la situación de salud del país.

- La migración y autosuficiencia de los recursos humanos en salud, son temas que no están siendo visibilizados. La falta de instrumentos regulatorios de esta migración, podría estar facilitando el flujo no controlado del recurso humano formado en el país hacia otros países de mayor desarrollo.
- Los resultados de las metas relativas a condiciones de trabajo, reflejan limitaciones en la política para la protección efectiva del personal de salud, para la garantía de condiciones seguras en su ambiente laboral y eliminación del empleo precario. Estas limitaciones plantean grandes desafíos para garantizar el éxito en las políticas de reclutamiento, retención e incremento de la estabilidad, manejabilidad y efectividad general de la fuerza de trabajo del sector salud.
- Si bien es cierto que de acuerdo con los representantes de las instancias formadoras, el modelo curricular para la formación de médicos y enfermeras no tiene un enfoque biomédico, los resultados de los demás parámetros evaluados no muestran evidencias de que dicho modelo se base en atención primaria de salud.