

Instrumento N° 4

Evaluación de programas de recursos humanos en salud en Costa Rica Informe de país.

I. Contexto General

a. Contexto político, económico y social del país (énfasis período 2005-2013)

El país cuenta al 2012 con una población estimada en 4.652.459 habitantes, de los que 49.4% son mujeres. El 69.1% de la población se ubica en edades entre 15 y 60 años de edad. Las zonas urbanas concentran el 63 % de la población.

La esperanza de vida al nacer en la población es de 79 años para el 2011. La mortalidad infantil para el 2012 fue de 8.5 por 1000 nacidos vivos. El descenso de las tasas de mortalidad y fecundidad, así como el incremento de la expectativa de vida, contribuyen a producir un proceso de envejecimiento de la población, situación se expresa en la población mayor de 60 años que asciende al 6.79 % en el 2011 y se proyecta en 20.72% al 2050.

El PIB en el país para el año 2011 fue de \$55,73 (miles de millones) y mostró una tasa de crecimiento real de 4.16% en relación con el del año 2010. La actividad del sector servicios ha adquirido una mayor importancia relativa en la producción nacional, llegando a representar un poco más del 65% del PIB para el 2012.

La tasa de desempleo abierto en el primer semestre del año 2013, fue de 9.6% de la fuerza laboral¹, el salario mínimo para personal no calificado en este mismo año es de \$17.08 jornada ordinaria. La pobreza alcanza al 20.6% de la población² y el porcentaje de analfabetismo es de 2.4³.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) fue de 0.773 en el 2012, lo que lo coloca en la posición 62 de los 187 países. La participación del Sector Salud en el PIB (en millones de colones), fue de 8.2% en el 2012 y 7.63% en el 2011.

En el contexto político-social, merece destacar el cambio experimentado en la relación Estado-Sociedad Civil, que el cual tiene su origen en la implementación de las políticas de Reforma del Estado iniciadas en los años ochenta y que se expresan, entre otros elementos, en el fortalecimiento de un proyecto de Estado subsidiario, caracterizado por la contracción de la política social, con una orientación hacia la focalización, descentralización, privatización e inversión en servicios sociales básicos.

A la altura de la década 2010, a pesar de que el país se destaca por sus índices de desarrollo social, se manifiesta una desigualdad social, existencia de brechas territoriales y de género, aumento de la inseguridad ciudadana, crisis en la sostenibilidad de la seguridad social, aumento de la vulnerabilidad de la pobreza, desempleo, exclusión social de grupos específicos, sentimiento de insatisfacción ciudadana, entre otros.

Se suma a este panorama, la existencia de varias agendas de corte social postergadas y del desgaste objetivo de las opciones electorales tradicionales. En los últimos años han surgido diversas expresiones sociales que buscan mayor participación en las decisiones acerca del desarrollo nacional, la más reciente es la presencia activa de diversos foros ciudadanos.

¹ Encuesta Continua de Empleo del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)

² Encuesta de Hogares del 2012

³ Último censo nacional realizado en el año 2011

b. *El sistema de salud y su contexto sectorial amplio, con énfasis en las nuevas iniciativas en el contexto de la renovación y ampliación de la APS y los compromisos regionales de salud.*

El sistema de salud de Costa Rica, está estructurado en los siguientes tres niveles de actuación y participación:

Sector Salud. Conformado por el conjunto de instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proveer servicios de salud a la población; considera los servicios de salud de atención directa a las personas y servicios de salud de protección y mejoramiento del ambiente. Incluye al Ministerio de Salud como ente rector con sus entes adscritos, a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), al Instituto Nacional de Seguros (INS), al Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA).

Sistema Nacional de Salud. Constituido por el conjunto de entes públicos y privados, nacionales e internacionales, que tienen como parte de 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 lucrativo. Entre los entes que lo componen se encuentran, además de los que conforman el Sector Salud, los servicios de salud privados de atención directa a las personas y de protección y mejoramiento del ambiente, 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, la Comisión Nacional de Emergencias y los organismos de cooperación internacional.

Sistema de Producción Social de la Salud: conformado por el conjunto interrelacionado de entidades que impactan, de manera significativa, sobre los determinantes de la dimensiones socio-económica y cultural, ambiental, biológica y de servicios de atención directa a las personas de protección y mejoramiento del hábitat humano. Entre las entidades que lo conforman, además de las Sector Salud y las del Sistema de salud, se pueden citar: Ministerio del Ambiente y Energía, Ministerio de Educación, Ministerio de Vivienda, Ministerio de Obras Públicas y Transportes, otros ministerios; el Instituto Nacional de Aprendizaje, cámaras de comercio e industrias, grupos organizados de la comunidad, gobiernos locales, organizaciones religiosas, entre otras.

Ministerio de Salud

Es el rector del sistema y cumple con funciones de dirección política, regulación sanitaria y direccionamiento de la investigación y desarrollo tecnológico. Buena parte de sus acciones en las últimas décadas, ha estado orientada al fortalecimiento de la rectoría en salud.

De acuerdo con el Decreto Ejecutivo 34510-S, art. 3, las funciones de la rectoría en salud son:

- Dirección política de la salud, que consiste en definir las prioridades de intervención y concertar con los actores sociales las acciones estratégicas.
- Mercadotecnia de la salud, que es la definición y ejecución de acciones para colocar el valor de la salud, persuadir sobre la implementación de la estrategia de promoción de la salud y sobre la cultura de la no exclusión.
- Vigilancia de la salud, que consiste en la recolección y difusión de información sobre el estado de salud, para seleccionar las medidas que permitan mejorar la salud de la población.
- Planificación estratégica de la salud, que es la formulación y ejecución de planes y proyectos orientados a proteger y mejorar la salud de la población.
- Modulación del financiamiento de los servicios de salud, para garantizar que el financiamiento esté de acuerdo con las prioridades establecidas.

- Armonización de la provisión de los servicios de salud, que consiste en determinar los servicios de salud que debe garantizar el Estado, definir el modelo de prestación de servicios y promover la articulación entre los proveedores de servicios.
- Regulación en salud, que consiste en la elaboración y control del marco normativo que deben cumplir tanto los prestadores y receptores de servicios de salud como quienes realizan actividades o conductas que puedan afectar la salud de las personas.
- Evaluación del impacto de las acciones en salud, para proteger y mejorar la salud de la población.

Caja Costarricense de la Seguridad Social (CCSS)

En la década de los noventa, en el marco de los procesos de Reforma del Estado, con el objetivo de que el Ministerio de Salud se centrara en las funciones de rectoría y lograr el acceso universal, toda la provisión de los servicios de salud se transfiere a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). La CCSS es una institución pública autónoma que se encarga del financiamiento, compra y prestación de la mayor parte de la mayoría de los servicios públicos de salud a través del seguro de enfermedad y maternidad; administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo. Su financiación proviene de la contribución de los asegurados, de los patronos y del Estado. El seguro de salud a junio del 2012 cubría al 69.5% de la PEA total y al 84.4 de la PEA no asalariada.

La CCSS incorpora servicios de salud preventivo-curativos y de rehabilitación que van desde un primer nivel de atención hasta el nivel especializado. Al 2012, cuenta en el primer nivel de atención con 1014 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y alrededor de 775 consultorios de visita periódica para zonas alejadas y poco pobladas.

El segundo nivel está conformado por una red de clínicas mayores, hospitales periféricos y hospitales regionales que proporcionan servicios de urgencias, apoyo al diagnóstico, consulta externa especializada, tratamientos quirúrgicos sencillos e internamientos cortos.

El tercer nivel cuenta con servicios de internamiento y servicios médico-quirúrgicos de alta complejidad tecnológica que se brindan en los hospitales nacionales de concentración y especializados

En el documento "La CCSS hacia el 2025" se reitera expresamente que, como parte de su imagen objetivo para el 2025, los establecimientos y dependencias estarán operando "...bajo un **modelo de redes**, con el soporte de un efectivo sistema de referencia y contrarreferencia entre las distintas unidades del sistema, basado en protocolos de atención y relaciones de mutua colaboración".

Dentro de las innovaciones relativamente recientes que se han desarrollado en la seguridad social en Costa Rica y que han tenido implicaciones de una u otra forma para los recursos humanos, destacan la implantación de los equipos básicos de atención integral de salud (EBAIS), la desconcentración de los hospitales y clínicas públicos, la introducción de los compromisos de gestión y la creación de las Juntas de Salud.

Instituto Nacional de Seguros (INS)

El INS –que administra los seguros de riesgos profesionales y accidentes de tránsito- se financia con las contribuciones de patronos y trabajadores/as y de pólizas individuales en el caso de los vehículos, presta directamente servicios de atención, así como compra servicios tanto a la CCSS como al sector privado.

El INS tiene en proceso la construcción del Hospital del Trauma, especializado en la atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito y de trabajo, amparados por el Seguro Obligatorio Automotor y el Seguro de Riesgos del Trabajo; este hospital ocupará 450 empleados aproximadamente.

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA)

Creado por la Ley N° 2726⁴ como un esfuerzo por dotar al país de agua de buena calidad para consumo humano, servida a domicilio y brindar servicios en materia de agua potable y alcantarillado sanitario. Sus funciones específicas son⁵:

- Dirigir y vigilar todo lo concerniente a un servicio de agua potable, recolección y evacuación de aguas negras y residuos industriales líquidos, así como de aguas pluviales en las áreas urbanas.
- Determinar la prioridad, conveniencia y viabilidad de los diferentes proyectos que se propongan construir, reformar, ampliar o bien, modificar, obras de acueductos y alcantarillados, las cuales no se podrán ejecutar sin su aprobación.
- Promover la conservación de las cuencas hidrográficas y la protección ecológica, así como el control de la contaminación de las aguas.
- Asesorar a los demás organismos del Estado, y coordinar las actividades públicas y privadas en los asuntos relativos al establecimiento de acueductos y alcantarillados, y control de la contaminación de los recursos de agua.
- Aprovechar, utilizar, gobernar o vigilar, según sea el caso, todas las aguas.
- Administrar y operar directamente los sistemas de acueductos y alcantarillados en todo el país, los cuales se irán asumiendo tomando en cuenta la conveniencia y disponibilidad de recursos.

El sector privado de servicios de salud

Comprende a los servicios médicos privados, cinco compañías aseguradoras, las cooperativas de salud (organizaciones sin fines de lucro contratados por la CCSS), las empresas de autogestión, las clínicas y los hospitales privados. Estos servicios se financian sobre todo con pagos de bolsillo y también con primas de seguros privados.

Este sector muestra una fuerte tendencia a la expansión especialmente en las dos últimas décadas, en la que contribuyen varios factores: el deterioro de los servicios de salud públicos; las restricciones a la contratación de personal nuevo que sufren las instituciones públicas; el incremento en la compra de servicios de salud a entidades privadas (hospitales y clínicas de salud) por parte de la CCSS y la apertura del turismo médico.

Contexto sectorial

El Plan Nacional de Desarrollo vigente 2011-2014, establece las siguientes acciones estratégicas y metas específicas en el campo de los recursos humanos en salud:

- el desarrollo de una cultura de cuidado individual y colectivo
- el acceso a servicios de salud de atención integral a las personas
- el desarrollo de una respuesta efectiva para el abordaje integral del cáncer
- el fomento y protección de la salud mental y fortalecimiento de los programas de atención integral de adicciones
- la provisión de recursos humanos, de infraestructura y tecnológicos en salud, con equidad, calidad, seguridad y accesibilidad

Específicamente en relación con el mejoramiento del acceso a servicios de salud se define la conformación de 100 EBAIS y la contratación de 700 especialistas.

⁴ Ley N° 2726 del 14 de abril de 1961, que creó el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados

⁵ Ley Constitutiva, en su artículo 2°

La Política Nacional de Salud vigente 2011-2021, comprende las siguientes áreas de intervención:

- Cultura de cuidado individual y colectivo
- Hábitat humano sostenible
- Servicios de salud de atención directa a las personas y de protección y mejoramiento al ambiente
- Capacidades humanas en la población -Equidad socio-económica
- Infraestructura física segura y con diseño universal
- Investigación y aplicaciones tecnológicas
- Fuerza de trabajo en salud
- Coordinación y articulación entre instituciones y sectores.

El área de intervención “Fuerza de trabajo en salud”, plantea el énfasis en la gestión del recurso humano acorde con las necesidades de la población del Sector Salud y de acuerdo con el modelo de atención directa a las personas y el de protección y mejoramiento ambiente

El **Plan Nacional de Salud 2010-2021** establece como sus objetivos generales, los siguientes:

OG. 1	Fortalecer una cultura de cuidado individual y colectivo que contribuya a la producción de la salud y al desarrollo humano inclusivo e integral
OG.2	Contribuir al desarrollo sostenible del ambiente mediante la protección, restauración, mejoramiento y uso del ambiente, para promover una adecuada calidad de vida
OG.3	Garantizar el acceso a servicios de salud de atención integral a las personas y la protección y mejoramiento del hábitat humano con equidad, calidad, seguridad, diversidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social para la promoción, protección y mejoramiento del proceso de salud de la población
OG.4	Promover el desarrollo de capacidades humanas en la población, que contribuyan a proteger y mejorar el proceso de salud y sus condiciones de vida
OG.5	Promover la reducción de brechas de inequidad social mediante acciones económicas y sociales articuladas de manera que faciliten el mejoramiento de la salud y una mejor calidad de vida
OG.6	Propiciar el acceso con equidad a la infraestructura física segura y con diseño universal necesaria para incidir sobre las determinantes de la salud y la calidad de vida de la población
OG.7	Fortalecer la producción y el acceso con calidad y equidad al conocimiento científico y al desarrollo tecnológico para mejorar la gestión sobre los determinantes que inciden en la salud y el bienestar de la población
OG.8	Fortalecer el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud y su impacto en la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población
OG.9	Fortalecer la coordinación y la articulación entre instituciones, sectores y sociedad civil para una gestión integrada e integral de las diferentes acciones institucionales que contribuya a proteger y mejorar el estado de salud de la población.

II. Contexto de Recursos Humanos en Salud

Hay varios hechos en el país y en la región que contribuyen a colocar como tema prioritario el desarrollo de los recursos humanos en salud en las décadas del 2000 y del 2010:

- El Análisis Sectorial de Salud en el año 2000 que perseguía una revisión crítica de varios componentes (entre ellos Recursos Humanos en Salud), buscó poner al descubierto aspectos en donde el sistema de salud presentara fisuras o fallas relevantes, con el propósito de introducir las correcciones posibles con el apoyo de los actores sociales llamados a la formulación de políticas. Este análisis coloca como ejes los siguientes aspectos: la formación, el empleo y la regulación del ejercicio técnico y profesional.
- En la Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006 se define, entre otras acciones estratégicas, la conformación de un equipo técnico adscrito al Consejo Sectorial de Salud que impulse decisiones relativas a la formación, el empleo, la recertificación y la regulación de los Recursos Humanos del Sector Salud. Esto da origen a la creación de la Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud (CTDRHS) en el año 2004, con representación interinstitucional; asignándole como responsabilidades el apoyo a procesos de formulación e implementación de la política en esa materia.
- Una de las acciones del Plan fue el diseño del sistema de información nacional de recursos humanos en salud durante el período 2006-2008, con financiamiento del “Programa Desarrollo del Sector Salud” (Ley 8403).
- La ampliación de la participación de actores claves en la CTDRHS en octubre del 2009 y la declaratoria de la Comisión como el núcleo básico del Observatorio de Recursos Humanos.
- Incorporación activa del país en la Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud de CA y DOR creada en la XXIII RESSCAD, a partir del año 2010, con la puesta en marcha del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015 COMISCA, que contempla un Componente específico de Recursos Humanos en Salud.

En este marco, a finales del año 2011, el país efectuó la primera medición de las 20 metas regionales en RHS que responden al Llamado a la Acción de Toronto. La segunda medición se realizó, un poco más de un año después, en febrero del 2013. Las prioridades identificadas hacia el 2015, establecidas con base en la segunda medición, son las siguientes:

- Razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos de al menos 1:1
- La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015
- Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables
- El 70% 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
- El 30% del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades
- El país habrá adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud

b) Proceso general de la implementación de programas de desarrollo de los RHS en el país: los éxitos, las principales dificultades, posibilidades de superar estos desafíos y lecciones aprendidas.

Éxitos

1) Fortalecimiento del primer nivel de atención en salud en el país

- a) Las acciones ejecutadas, han permitido que la cobertura de los Equipos Básicos de Atención Integral que la Caja Costarricense de Seguro Social (EBAIS) despliegue por todo el territorio nacional, cubriendo al 94% de la población de Costa Rica. Al mismo tiempo, de acuerdo con datos institucionales, la CCSS amplía la oferta de servicios que se brinda mediante 817 puestos de visita periódica, 1.013 EBAIS, 103 áreas de salud y 29 centros hospitalarios, que se ubican en todo el territorio nacional.

Todo el trabajo desarrollado se ha fortalecido por el equipo integrado por un médico general, un auxiliar de enfermería, un asistente técnico de atención primaria (ATAP), un asistente técnico en registros médicos, en el caso de EBAIS desconcentrados, y un técnico de salud en farmacia.

En Costa Rica, los EBAIS conforman el primer nivel de atención que ofrece la CCSS a la población y el énfasis de su trabajo está enfocado hacia acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entre ellas: el desarrollo de estilo saludables de vida en población sana, los programas de vacunación, la promoción del lavado de manos y el protocolo del estornudo, la toma de las citologías vaginales, la prevención del dengue, el control de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión arterial, control prenatal y el control del niño sano.

Desde el 2010 a la fecha, se ha construido 33 sedes de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud mediante diversas modalidades y el plan es edificar 18 más con lo que se sobrepasaría la meta del periodo 2010-2014.

- Ampliación de la formación universitaria pública y privada en Enfermería. En la actualidad hay 7 universidades privadas y una pública que imparten la carrera de Enfermería en el país.
- Elaboración de un Plan de Estudios Básico en Enfermería: trabajo conjunto entre el Colegio de Enfermeras y Enfermeros, universidad pública y universidades privadas, bajo la coordinación del Consejo Nacional de Enfermería (CONE), que permitió definir un plan de estudios básico con perfil de salida de Licenciatura.
- Creación del Consejo Nacional de Enfermería (CONE), como un órgano técnico, político y asesor adscrito al Colegio de Enfermeras de Costa Rica, que debe llevar a cabo sus funciones en coordinación con el Ministerio de Salud y las instituciones o entes representados en el Consejo para la consecución de sus fines. Tiene dentro de sus fines: -
 - a) Conducir e impulsar el proceso de formulación de políticas en Enfermería.
 - b) Fortalecer e impulsar acciones de concertación y coordinación de las diferentes instituciones públicas y privadas relacionadas con docencia y servicio de Enfermería.
 - c) Conducir el proceso de elaboración y seguimiento de un Plan Nacional de Enfermería acorde con las políticas de enfermería y salud.
 - d) Impulsar y mantener enlaces y coordinaciones con organismos internacionales de Enfermería y afines.
- La formación de especialistas bajo un acuerdo entre la seguridad social y la universidad pública, lo que ha permitido atender en buena parte las necesidades de diversas especialidades de la Seguridad Social.
- De acuerdo con la II Medición de las Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud, la razón de densidad de RRHH (medicina y enfermería) por cada 10.000 habitantes es de 33.84.

Lecciones aprendidas

- La formulación y ejecución de programas de RHS deben estar ligadas a demandas y desafíos del sistema nacional de salud colocados como prioridad nacional. Esto hace que las acciones estén vinculadas a decisiones políticas y a que se cuente con el financiamiento requerido para llevarlas a cabo.
-

Principales dificultades

Apoyo político

- Es insuficiente

Niveles de participación

- Hay insuficiencia en la incorporación activa, articulada y sostenida de varios actores clave

El presupuesto del programa

- Insuficientes recursos asignados para fortalecer la rectoría en el campo de los recursos humanos en salud y situaciones de crisis en la seguridad social que podrían incidir en la asignación de recursos para programas de recursos humanos. Los recursos económicos son insuficientes ante las necesidades crecientes de atención de la población, dados los perfiles epidemiológicos que presenta el país.

La implementación del programa

- Existen debilidades en el proceso de seguimiento y evaluación de programas de recursos humanos en salud.

La falta de apoyo de datos / información

- En proceso la implementación del sistema de información nacional de recursos humanos en salud- Este es un insumo fundamental para el proceso de planificación nacional de recursos humanos, pero se requiere completar la incorporación de más actores sociales empleadores, formadores y reguladores del ejercicio profesional.

Otros

- El crecimiento de la población tanto nacional como extranjera que debe atender el sistema de salud, hace que los recursos profesionales sean limitados.

Es necesario señalar que estas dificultades se inscriben hoy en la preocupación sobre la sustentabilidad financiera del sistema de salud a largo plazo.

Mayores desafíos

- Lograr compromiso político para posicionar el tema de recursos humanos en salud en la agenda pública y en la rectoría. (desafío)
- Lograr una planificación del recurso humano en salud que permita determinar las necesidades de recursos para las entidades empleadoras y las necesidades de formación de recurso humano, a mediano y largo plazo, en el marco de los requerimientos del sistema nacional de salud y sus desafíos, así como una distribución con equidad.
- Las instituciones públicas capten a los profesionales en enfermería formados en universidades públicas formen para el fortalecimiento del primer nivel de atención
- Reestructurar los Equipos básicos de Salud incluyendo a enfermeras y enfermeros

- Las escuelas de Enfermería del sector privado debe implementar cambios curriculares en la práctica orientados a la APSR y la cobertura universal.
- Fortalecer el tema de Atención Primaria en la formación de las especialidades médicas.
- Disminuir la migración hacia otras entidades privadas y fortalecer la formación de especialistas en áreas insatisfechas. Formación de especialistas en universidades Privadas ¿????

d) Descripción breve de los programas o intervenciones necesarias para avanzar en la agenda / RHS de desarrollo de políticas.

- Fortalecimiento de la rectoría en recursos humanos en salud. Se cuenta con una Unidad de Armonización de Servicios dentro de la Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud (2012), , que contempla el tema de recursos humanos en salud, con un equipo constituido por cuatro profesionales. A pesar del esfuerzo realizado para su creación este resulta insuficiente para atender los requerimientos en el desarrollo de los recursos humanos en salud.
- Desarrollo de un proceso sostenido de planificación del recurso humano en salud con visión de país.
- Mejoramiento de la distribución de recurso humano calificado en zonas alejadas, a la par de decisiones sobre mejoras de equipamiento.
- Elaboración de perfiles básicos de profesionales y técnicos en salud que orienten la formación y educación permanente pública y privada en el país.
- Salud y seguridad de los trabajadores en salud. El país participó en un estudio
- Fortalecer el trabajo a ejecutar por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social, ya que en el tema del primer nivel de atención existe mucho espacio para trabajar, siendo importante renovar el quehacer institucional creando alianzas en beneficio de la población.
- En el marco de la Seguridad Social se requiere de un sistema integrado de información en Recursos Humanos, que sirva para la toma de decisiones gerenciales y para llevar el pulso de lo que sucede en los diferentes centros de atención.
- Es necesario que se efectúe un estudio de cargas de trabajo en los diferentes niveles de atención de la seguridad social, con la finalidad de redistribuir el personal que se encuentra subutilizado y fortalecer aquellas áreas que requieren apoyo.

a) Árbol de consulta y decisiones del programa.

PRODUCTOS	ALGUNOS EFECTOS	IMPACTO
Ley con escalafón de enfermería, sancionada y publicada por el Poder Ejecutivo	Regulación de los procesos de contratación del personal de enfermería	Mejora en el acceso de la población a servicios de enfermería.
Reglamento a la Ley, aprobado por el Poder Ejecutivo.	Profesionalización de Enfermería	Aumento de la densidad de recursos humanos de
	Fortalecimiento de los programas de	profesionales de

<p>Estrategia de contratación de personal de enfermería, desarrolladas en las instituciones empleadoras públicas y privadas a partir de la normativa definida en la ley.</p>	<p>formación de grado y posgrado en enfermería</p> <p>Fortalecimiento de las acciones de educación permanente en Enfermería</p> <p>Fortalecimiento de los servicios de enfermería</p>	<p>enfermería por 10.000 habitantes.</p> <p>Avance en la relación enfermeras calificadas / médicos</p>
--	---	--

g) Descripción de los pasos y la metodología para la recolección de datos y entrevistas.

Para la recolección de la información a través de las entrevistas se identificaron las personas clave, ya sea por su participación en todo el proceso (memoria histórica) o por los puestos claves de autoridad y toma de decisiones.

Se contacta a las personas y algunas entrevistas se realizan vía electrónica y otras personalmente. Posteriormente se sistematiza la información recolectada.

El instrumento 4 recoge de alguna manera la información de los documentos 2 y 3. Se planea tener un documento que reconstruya toda la experiencia nacional y poder publicarla en el Observatorio de RRHH.