



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

TESIS DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

António Vasco Matemba

**Trayectoria de las Políticas Públicas de Salud en el dominio de
la gestión de recursos humanos en Angola de 1975 á 2015**

BUENOS AIRES, 2023

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES
Facultad Ciencias de la Salud

MATEMBA, António Vasco

Trayectoria de las Políticas Públicas de Salud en el dominio de la gestión de recursos humanos en Angola de 1975 á 2015.

Tesis presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, como requisito para obtención del grado de Doctor en Salud Pública.

Área de Orientación: Sistemas y Servicios de Salud

Orientadora: Prof^a. Doctora Mónica Cristina Padró

BUENOS AIRES, 2023

Autorizo la reproducción total o parcial de este trabajo por cualquier medio convencional o electrónico para fines académicos desde que sea citada la fuente

Firma: _____ Fecha 04-08-2023

Ficha Catalográfica

MATEMBA, António Vasco

Trayectoria de las Políticas Públicas de Salud en el dominio de la gestión de recursos humanos en Angola de 1975 á 2015/ António vasco Matemba; Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mónica Cristina Padró

Pág.(231)

Tesis (Doctorado) – Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Programa de Post-Graduación. Área de Orientación: Sistemas y Servicios de Salud.

Hoja de Aprobación

António Vasco Matemba

Trayectoria de las Políticas Públicas de Salud en el dominio de la gestión de recursos humanos en Angola de 1975 á 2015.

Tesis presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, como requisito para obtención del grado de Doctor en Salud Pública.

Aprobado en ____04____/____08____2023

TRIBUNAL EXAMINADOR

Profa.Doctora - Deborah Ribeiro Carvalho -Firma_____

Profa Doctora - SILVIA vouillat - Firma _____

Profa.Doctora_Maria de Bellen - Firma _____

Prof.Doctora - Mônica Cristina Padró - Firma _____

Prof.Doctor - Ricardo Adrian Parra - Firma _____

PENSAMIENTOS

La tarea no es tanto ver lo que nadie ha visto, sino pensar lo que nadie ha pensado todavía sobre lo que ven los demás (Arthur Schopenhauer).

DEDICATORIA:

A las dos personas más especiales de mi vida que, aunque ausentes, creo que esperaban que yo hiciera realidad este día: Mi amado Padre Vasco Matemba y Mi Prestigiosa Madre Cristina Quibuco por engendrarme y educarme a lo largo de mi vida, mi eterna deuda.

A mi esposa Cecília Augusto Bernardo Gomes Matemba, compañera de mucho tiempo que soportó largas ausencias durante mis viajes desde y hacia Argentina; a mis eternos y amados hijos e hijas Augusto, Marlene, Afolfo, Lucrêcia, Nelson, António y Florentino sin olvidar a Osvaldo; a los Nietos y Nietas: Yasmin, Vava, Rivaldo, Florinda, Nésio, Tónas, Bráulio, Oseias, Ozeil y Gabriela; Noras y yerno: Maninho, Dulcinea, Cátia, Neide y Márcia; a varias sobrinas y sobrinos y mis hermanos: Aida Vasco Matemba y Daniel Tavares Vasco Matemba (In memoriam), Domingos Vasco Matemba, Baltazar Vasco Matemba, Maria Vasco Matemba y mi amigo de la infancia y hermano Augusto Vítorino Pacheco; les dedico este trabajo .

AGRADECIMIENTOS

Ha llegado el momento más ingrato, reconocer a todos sin olvidar a nadie, lo que considero difícil porque siempre podemos olvidar a quienes directa o indirectamente contribuyeron al éxito de esta tesis.

-Las conquistas nunca son aisladas porque nadie las adquiere sin la legión de personas anónimas;

- PUNTO PREVIO: A Dios todo poderoso por el don de la vida, por la protección y bendición otorgada sin las cuales sería imposible completar con éxito este trabajo, porque la elección del campo de recolección de datos (Angola) mi patria querida mi agradecimiento;

-Me gustaría agradecer al honorable Prof. Doctor Jorge Reboledo, mi primer Director de esta tesis, pero a quien, lamentablemente en medio del camino, Dios lo llamó a otra dimensión de la vida;

-Profesora Dra. Mónica Cristina Padró, mi servicial asesora, por el apoyo y aliento permanente durante la preparación y conclusión de esta tesis;

-Al profesor, Doctor Guillermo Soler Rodríguez, por su incondicional apoyo durante la fase final del tratamiento estadístico y conformación de este trabajo;

- A lo Ministra de Salud de Angola, Dra Silvia Valentim Lutucuta, por su incondicional apoyo durante la fase final de la tesis;

- A los Ex Ministros de Salud de la República de Angola, a saber: Dr. José Vieira Dias Van-dunem, al profesor Doctor Luis Gómez Sambo, a los Ex Viceministros de Salud Dr. Nilo Borja y Dr. Carlos Alberto Maseca por ser pacientes para completar la extensa encuesta que sirvió de base para la recopilación de datos. A los Directores Nacionales de Recursos Humanos, a saber: Dr. António Costa, Dr. António Martins y Dr. Baptista Monteiro por su apoyo y por haber aceptado completar también las encuestas; A los Jefes del Departamento de Administración de Recursos Humanos, Dr. Artur Chilulo y Luísa Verbek, al Dr. Duprett del Consejo Nacional de Graduados en Ciencias Médicas, al Dr. Fortunato Silva de HAB, Dr. António Luis, Dra. Ana Lombo, Dra. Ana Adriano y Emilio Chindia . A los colegas de las distintas provincias de Angola, en especial

a los Directores Generales Dr. Mário Fernandez, Dr Jose Azevedo Ekumba y demás personal del INEMA;

-Para el prof. Dr. Miguel de Oliveira-Digno Vicegobernador del área política y social de la Provincia de Cabinda, Ex Inspector General de Salud y Ex Director Nacional de Salud Pública del Minsa, El Prof^a Dra Yura Fernandes por el estímulo y apoyo;

-Al honorable Decano y profesores de la Facultad de Medicina de la UAN a saber: profesor Dr. Santos Nicolau, profesor Doctor Raúl Feo y profesor. Dr. Emanuel Catumbela por el estímulo y apoyo en artículos y bibliografías;

-A los distinguidos colegas de la UAN, en especial a la Decana de ISCISA / UAN profesora MSc.María de la Conceição Martins da Silva por las autorizaciones en mis viajes y regreso a Argentina y por haber sido una de las encuestadas durante la recolección de datos;

-A mis compañeros de la 5ta. cohorte del doctorado: 2014-2018 por los momentos de aprendizaje, especialmente con la profesora Dra. Maria Antonieta Baptista. Mi más profundo agradecimiento al Dr. Inácio (angoleño), Angelo, Laércio (brasileño) y otros colegas:m

-A mis compañeros de la Universidad Agostinho Neto (Angola) y de otros orígenes de la UCES por el ánimo y apoyo, muchas gracias;

-A mis compañeros, del Ministerio de Salud (HAB, HJM, DNRH, DDRH, DARH, GEPE, DNSP), las Direcciones Provinciales de Salud y los Departamentos Provinciales del INEMA en las 18 Provincias de Angola.

-Mi humilde familia y legión de amigos repartidos por el mundo y por África, especialmente la Provincia de Kuanza-Sul, Municipio do Libolo en la Comuna de Cabuta, Aldea Hengue, localidad de Cananga, más específicamente en Caíba (lugar donde nací) , Kuanza-Norte y Luanda, mi eterna deuda y gratitud.

-A todos mis profesores de UCES sin excepción mi agradecimiento por el aprendizaje que me transmitieron;

Al personal de apoyo de UCES, del Hotel 8 de Oububro donde siempre me he alojado durante los años que he estado en la ciudad de Buenos Aires Argentina, mi agradecimiento;

A todas las personas que, por error, no mencioné; mi agradecimiento.

RESUMEN

La presente tesis tuvo como objetivo identificar las características de las políticas públicas de salud en Angola en el dominio de la Gestión de Recursos Humanos en Salud, considerando el contexto histórico, político y económico de 1975 a 2015. La metodología seguida fue fundamentalmente cuantitativa, a través del método de triangulación de fuentes: análisis documental, dos encuestas y dos entrevistas a profundidad, sobre la base del modelo de “ciclo de vida laboral” de la Organización Mundial de la Salud y de los componentes o subsistemas del Sistema de Gestión de Recursos Humanos. Se obtuvo como principales resultados que a pesar de los avances en salud del modelo configuracional en función del contexto con elementos de mercado y de débil flexibilidad en cuanto a formación y progresión de gestión de recursos humanos en salud, en Angola se verifican de manera mantenida, en las etapas y subetapas 1975-1992, 1992-2002 y 2002 hasta 2015, debilidades en la concepción y fundamentalmente en la instrumentación, monitoreo y evaluación de las políticas públicas de salud en el dominio de la Gestión de Recursos Humanos. Por último, se proponen acciones y recomendaciones para mejorar el diseño y desarrollo de estas políticas y así contribuir a subsanar las restricciones actualmente existentes en materia de recursos humanos en salud y al cumplimiento de los objetivos de accesibilidad, equidad, calidad y eficiencia en la atención y cuidado de la salud de la población angolana.

Palabras claves: Gestión de Recursos Humanos, Políticas públicas en salud. Salud.

ABSTRACT

The objective of this thesis was to identify the characteristics of public health policies in Angola in the domain of Human Resource Management in Health, considering the historical, political and economic context from 1975 to 2015. The methodology followed was fundamentally quantiquantitative, as through the triangulation of sources method: documentary analysis, two surveys and two in-depth interviews, based on the “work life cycle” model of the World Health Organization and the components or subsystems of the Resource Management System Humans. The main results obtained were that despite the advances in health of the configurational model depending on the context with market elements and weak flexibility in terms of training and progression of human resources management in health, in Angola they are verified in a sustained manner, in the stages and sub-stages 1975-1992, 1992-2002 and 2002 to 2015, weaknesses in the conception and fundamentally in the instrumentation, monitoring and evaluation of public health policies in the domain of Human Resources Management. Finally, actions and recommendations are proposed to improve the design and development of these policies and thus contribute to correcting the currently existing restrictions on human resources in health and meeting the objectives of accessibility, equity, quality and efficiency in care. and health care for the Angolan population.

Keywords: Health, Human Resources Management, public policies in health.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 ¡Los trabajadores sanitarios salvan vidas!.....	19
Figura 2 Situación Geográfica. Angola	46
Figura 3 Tasa de incidencia por malaria por provincias. 2015.....	52
Figura 4 Porciento de coinfección TB/VIH.....	56
Figura 5 Sectores de salud en Angola.....	62
Figura 6 Cuadro ilustrativo del SNS	63
Figura 7 Estrategias del ciclo de vida laboral	91

Figura 8 Relación entre el Plan de Desarrollo Sanitario 2012-2025 y el Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud 2013-2025.....	96
Figura 9 Sexo de la muestra.....	134
Figura 10 Beneficios de la ley	136
Figura 11 La evolución remuneratoria	139
Figura 12 Distribución geográfica	142
Figura 13 Beneficios del Plan 1997-2007.....	144
Figura 14 Beneficios del Plan 1997-2007.....	144
Figura 15 Motivación de los profesionales	146
Figura 16 Motivación según la profesión	146
Figura 17 Satisfacción por profesión.....	147
Figura 18 Motivación/Satisfacción	148
Figura 19 Causas de la insatisfacción de los profesionales.....	149
Figura 20 Evolución de la remuneración	150
Figura 21 Satisfacción de la demanda.....	151
Figura 22 Satisfacción de los 20 encuestados	158

ÍNDICE DE SIGLAS

PPS-Políticas Públicas de Salud

PP-Políticas Públicas

OMS-Organización Mundial de la Salud

GRHS-Gestión de Recursos Humanos en Salud

SNS-Sistema Nacional de Salud

SNS-Servicio Nacional de Salud

RHS-Recursos Humanos en Salud

APS-Atención Primaria de Salud

VIH/SIDA-Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia

EUA-Estados Unidos de América

UNICEF-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

CSV-Cobertura Universal de Salud

ODM- Objetivos de Desarrollo del Milenio

DOTS-Diagnóstico y Tratamiento Observado a nivel Institucional

TB/VID-Tuberculosis /Virus de Inmunodeficiencia

THA-Tripanosomiasis Africana Humana

MINSA-Ministerio da Salud de Angola

PNDS-Plan Nacional de Desarrollo Sanitario

FAA- Fuerzas Armadas Angolanas

ENDIAMA- Empresa Nacional de Diamantes de Angola

CS-Cuidados de Salud

PS-Puesto de Salud

CMI-Centro Materno Infantil

ONG—Organización no Gubernamental

SSFA- Servicio Social de las Fuerzas Armadas

GURN-Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional

ODS-Objetivos de Desarrollo Sustentable

RH-Recursos Humanos

RHS-Recursos Humanos en Salud

OPS-Organización Panamericana de la Salud
ACS-Agentes Comunitarios de Salud
CSP-Cuidados de Salud Primario
PNFQ- Política Nacional de Formación de Cuadros
PNRHS-Plan Nacional de Recursos Humanos en Salud
TDT-Técnico de Diagnóstico e Terapéutica
AH-Apoyo Hospitalaro
PNDS- Plan Nacional de Desarrollo Sanitario
ENFQ-Escuela Nacional de Formación de Cuadros.
PIB-Producto Interno Bruto
CPS- Cuidados Primarios de Salud

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Comparación conceptual del término política pública.....	31
Tabla 2 Distribución de la población en Angola por provincia.....	48
Tabla 3 Distribución de la población por provincia y sexo.....	49
Tabla 4 Casos de tuberculosis notificados en todas las formas. 2007-*2015	54
Tabla 5 Casos de tuberculosis notificados en todas las formas por provincias durante el año 2015.....	55
Tabla 6 Prevalencia de lepra. 2000-2014.....	58
Tabla 7 Principales indicadores de salud en Angola en comparación con la región africana según las Estadísticas Mundiales de la OMS 2011.....	60
Tabla 8 Número de unidades de salud en el servicio nacional de salud.....	65
Tabla 9 Unidades sanitarias privadas registradas en el país por provincia.....	66
Tabla 10 Distribución del personal de salud por provincia	79
Tabla 11 Distribución de enfermeros y TDT por provincia por cada 10000 habitantes	80
Tabla 12 Resumen de la finalidad y ventajas de cada documento	Erro! Marcador não definido.
Tabla 13 Número de médicos y médicos por cada 100 000 habitantes.....	125
Tabla 14 Indicadores económicos y de salud por países seleccionados de renta medio-alta.	131
Tabla 16 Cargo que ejerció.....	134
Tabla 17 Profesión	135
Tabla 18 Causas de la insatisfacción de los profesionales.....	149

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	16
CAPÍTULO I	287
Conceptos fundamentales de políticas públicas y gestión de recursos humanos en salud: Situación de la República de Angola	287
1.1 Políticas públicas en salud (PPS)	287
1.2 Gestión de recursos humanos en salud (GRHS)	39
1.3.- Caracterización general de Angola	46
(Situación geográfica, situación política, económica y social, estado de salud, cuadro epidemiológico).	Erro! Marcador não definido.
1.4 Sistema Nacional de Salud (SNS) de la Republica de Angola.....	61
1.5 PPS y GRHS en la República de Angola	70
1.6 Recursos humanos de salud en la República de Angola	78
CAPÍTULO II	8279
Metodología.....	
2.1 Métodos generales de investigación utilizados.	84
2.2 El modelo de «ciclo de vida laboral», los componentes o subsistemas del Sistema de Gestión de Recursos Humanos y su relación con las encuestas y entrevistas.....	89
CAPÍTULO III	10391
Análisis de los resultados	10391
3.1 Análisis de documentos	103
3.2 Análisis de los Resultados de las encuestas.....	133
3.3 Análisis de los Resultados de la observación y de las entrevistas en profundidad.....	161
CAPITULO IV.....	146
4 Discussão dos Resultados de la triangulación de fuentes	173
CAPITULO V.....	173
5 Propuestas de recomendaciones y acciones para las PPS y GRHS. 18073	
CONCLUSIONES.....	1867
RECOMENDACIONES	191
BIBLIOGRAFÍA	19293
ANEXOS	20093
Anexo No.1.....	20093

INTRODUCCIÓN

Las políticas de salud pública son importantes para el análisis del estado social o el estado de bienestar de cualquier sociedad. El estado es el regulador de la economía, la vida y la salud de las poblaciones en conjunto con iniciativas privadas.

Da Silva (2012), hace referencia a que las políticas de salud pública son fundamentales para el análisis del estado de bienestar contemporáneo: no solo representan una de las principales porciones del gasto social, junto con las pensiones, sino que tienen implicaciones universales a lo largo de todo el ciclo de la vida.

Rose (1984), (citado por Tamayo, 1997) afirma:

Los gobiernos no son más que conjuntos de organizaciones, ministerios, concejalías, empresas públicas, juzgados, escuelas, hospitales, etcétera-, que combinan recursos normativos, humanos, financieros, tecnológicos y los transforman en políticas, en programas públicos, en servicios, en productos, para atender los problemas de los ciudadanos, controlar sus comportamientos, satisfacer sus demandas y, en definitiva, lograr impactos sociales, políticos y económicos.(p.2)

Son muchos los autores que han definido políticas públicas (PP), entre ellos se pueden citar Rose 1984, Subirats (1989), Lahera (1999), Repetto (2000), Piñango (2003). Incluso, Subirats (1989: 40), considera el término como polisémico. Las refieren como actividades, cursos de acción, resultados, proposiciones, transformaciones, o como procesos, secuencia de hechos y decisiones que buscan modificar una realidad. Como elemento común todas estas definiciones tienen la participación del Estado en la elaboración de PP para resolver problemas sociales, que dejados a la acción individual no hallan salida.

Se consideran características importantes de las PP la colaboración de la comunidad y del sector privado, y la participación de actores sociales en dicho proceso.

La construcción de PP es un camino que tiene varias fases. Se inicia cuando el gobierno o una autoridad pública identifica y define un problema (demandas y preocupaciones sociales que los directivos públicos consideran prioritarios en un momento determinado) y su inclusión en la agenda del gobierno

(fase1). Después la formulación de alternativas de solución (fase 2), el reconocimiento y adopción de una de ellas (fase 3), la implementación (fase 4), el seguimiento y evaluación de los resultados obtenidos (fase 5) y la evaluación y seguimiento del impacto (fase 6).

Tomando en cuenta lo señalado “una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Las políticas de salud son de desarrollo reciente. En la mayoría de los países no se detectan verdaderas políticas de salud antes de los años cincuenta” (González, 2004).

En principio, las políticas de salud tienen su génesis en la identificación de problemas en el estado de salud de la población, que constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos, tales como la tasa de crecimiento de la población, su envejecimiento, distribución espacial, transición epidemiológica, nuevas tecnologías, etc., que son el insumo de las proposiciones políticas.

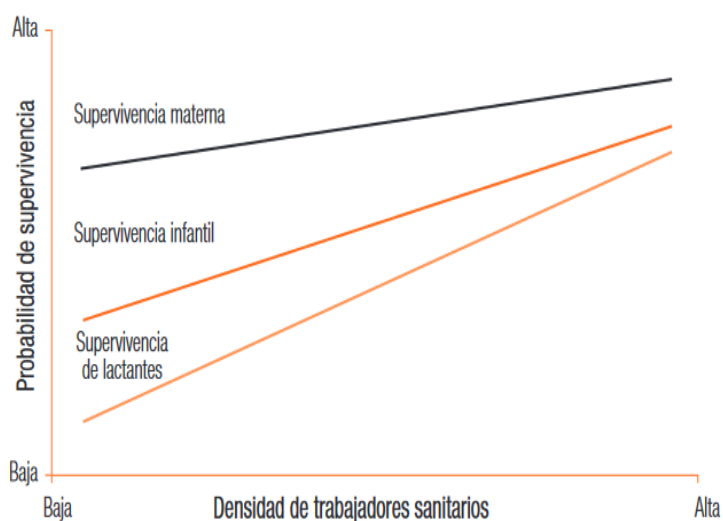
Por otro lado, el sistema de salud de un país puede ser definido “como una respuesta social organizada para los problemas de salud”... “En sentido estricto, el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud” (González, 2004).

“Los sistemas y servicios de salud dependen en grado sumo del volumen, las capacidades y la dedicación de la fuerza laboral sanitaria. Hoy día es evidente que, en muchos países de ingresos bajos y medianos, alcanzar las metas más importantes de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y en concreto, las relativas a la salud, exige aumentar considerablemente el número de trabajadores sanitarios (Clancy, 2009 y Sheldon, 2005). Se calcula que faltan en el mundo unos 2,3 millones de médicos, enfermeros y parteros, y más de 4 millones de trabajadores sanitarios en general. En algunas partes del planeta, en particular en el África subsahariana, para superar la crisis hay que aumentar la fuerza laboral actual en casi un 140% (Bowen, 2009). Con todo, la mera determinación del número de trabajadores sanitarios respecto a un determinado umbral no siempre tiene en cuenta todos los objetivos de un sistema de salud, en particular en lo que respecta a la accesibilidad, la equidad, la calidad y la eficiencia” (Dal Poz, 2009).

La decisiva importancia de los recursos humanos en salud (RHS) en todo el mundo, y en particular de la crisis que los aqueja en el África subsahariana fue alertada a las instancias decisoras por una serie de foros de alto nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud (OMS, 2006) y por determinados mecanismos de asociación regional. En este sentido, resulta importante resaltar algunos informes, resoluciones y alianzas como: el informe de estrategia de la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto sobre RHS (Alianza para la Investigación de Políticas y Sistemas de Salud y Organización Mundial de la Salud, 2007), la principal publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), titulada Informe sobre la salud en el mundo 2006: *Colaboremos por la salud* (Lavis, 2004), las resoluciones de las Asambleas Mundiales de la Salud sobre el desarrollo de la fuerza laboral sanitaria (Lavis, 2002), y el lanzamiento de la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario (Siddiqi, 2005).

En el Informe sobre la salud en el mundo 2006 - *Colaboremos por la salud*, la Organización Mundial de la Salud plantea esta afirmación: “La fuerza de trabajo, elemento clave de todos los sistemas sanitarios, es fundamental para hacer progresar la salud. Abundan las pruebas de que el número y la calidad de los trabajadores sanitarios están efectivamente relacionados con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria en salud (APS) y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres” (véase la **Erro! A origem da referência não foi encontrada.**)

Figura 1 ¡Los trabajadores sanitarios salvan vidas!



Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2006.

Dentro de la situación problemática que es valorada por el autor como motivación y justificativa de la presente investigación, de la cual Angola no escapa, además de la carencia del personal sanitario para satisfacer las necesidades de la población, pueden mencionarse varias cuestiones, unas mantenidas a lo largo del tiempo y otras nuevas que exigen cambios en las políticas y programas.

Debe contarse con plan de gestión y desarrollo de recursos humanos de acorde con las principales enfermedades que afectan a las regiones y aprobado en función de las necesidades de cada especialidad; tener un observatorio de recursos humanos, crear incentivos para instalarse en áreas remotas y pagarles bien para atraerlos a los servicios públicos.

Se coincide con la OMS, cuando afirma que esa dificultad se recrudece cuando se analizan dimensiones de los desequilibrios de los RHS como la distribución por sectores, por criterios geográficos, por sexos, por actividad en el mercado de trabajo, por lugar de trabajo, por remuneración, entre otros.

A lo anterior hay que añadir esta aseveración de la OMS: “La mayoría de los países, si no todos, carecen de un sistema armonizado que se encargue de reunir, procesar y difundir puntualmente información muy completa sobre el personal sanitario, lo que incluye los efectivos, la distribución, los gastos y los

determinantes del cambio” (Dal Poz, 2009). Se puede entonces conjeturar que al no existir un sistema de información robusto existe un vacío en la teoría y en las investigaciones relacionadas con la gestión de recursos humanos en salud (GRHS).

También forma parte de la situación problemática, un conjunto de fenómenos que están afectando al sector salud, algunos de los cuales son comunes a la mayoría de los países, como los planteados por el Dr. Ginés González García, quien fuera Ministro de Salud y Ambiente de en Argentina, a saber:

- a) La esperanza de vida aumenta y por lo tanto, la población está envejeciendo. Ello involucra alteraciones en los perfiles epidemiológicos. En los próximos años crecerá la demanda de cuidados de salud y adquirirán mayor peso las enfermedades crónico-degenerativas, que son mucho más costosas. Surgen nuevos desafíos asistenciales, como el de brindar cobertura integral a pacientes con sida, y otros que ya existían adquieren mayor peso por su alta prevalencia, como los cánceres. Por otro lado, para continuar mejorando las condiciones de salud se hace cada vez más necesario el despliegue de acciones intersectoriales. Esto se hace evidente en el caso de los accidentes, y particularmente en el caso de los accidentes de tránsito.
- b) La innovación tecnológica y su rápida difusión, tanto en lo que hace a diagnóstico y terapia como a gestión de servicios y políticas.
- c) La extensión de la cobertura tanto en sentido vertical (más prestaciones, entre las cuales se incluyen algunas muy caras como los tratamientos para el sida y tumores) cuanto horizontal (más personas a ser atendidas).
- d) El incremento de las expectativas. La gente quiere todos los bienes y servicios disponibles en servicios de salud y para todos los ciudadanos.

El autor entiende prudente agregar que inicialmente, la implementación de la Atención Primaria de Salud (APS) en el mundo y en la región resultó en avances en el nivel de salud de las poblaciones. "La posterior disminución en el desempeño de la APS se asoció con varios obstáculos relacionados con la colaboración intersectorial, la participación comunitaria, el desarrollo de recursos humanos, la capacidad de gestión, la movilización de recursos y la poca capacidad para recopilar información básica y realizar investigaciones" (Equipo

Regional Africano y OMS, 2006). Sin embargo, un análisis de la APS, de acuerdo con los preceptos de la Conferencia de Alma-Ata de 1978, reveló que esta estrategia sigue siendo relevante, por lo que los países han optado por reformas de políticas y sistemas de salud en función de una renovación de la APS.

Todas estas cuestiones señaladas exigen una gestión de recursos humanos en salud más robusta.

La Región de las Américas, con una carga de morbilidad del 10%, concentra a un 37% de los trabajadores sanitarios del mundo, que absorben más del 50% de la financiación sanitaria mundial, mientras que la Región de África soporta el 24% de la carga, pero sólo cuenta con el 3% de los trabajadores sanitarios, que pueden disponer de menos del 1% del gasto mundial en salud” (Informe sobre la salud en el mundo 2006, 2006, p. XIX).

Según la directora regional de la OMS para África, Matshidiso Moeti, la situación epidemiológica de la región africana es caracterizada por enfermedades transmisibles como malaria, VIH/SIDA, cólera, meningitis y muchas otras, aliadas a un gran índice de mortalidad materna.

Y añadía en un artículo del 6 de abril del 2016, que en la medida que estas enfermedades se van combatiendo surgen otras como el cáncer, hipertensión y otras cardiovasculares, cuyos factores de riesgo de conductas son el tabaquismo, dieta poco saludable, consumo excesivo de alcohol y vida sedentaria.

Angola como país en desarrollo, con una historia reciente de un conflicto armado que duró casi 41 años desde la fase de la lucha anticolonial de 1961 a 1975 en el momento de la independencia y desde 1976 hasta la apertura del país a la economía de mercado (pluralismo político) en 1991 y 1992 hasta la paz en 2002; es parte del nuevo paradigma de los nuevos sistemas de salud contemporáneos en los que las tendencias similares a las que se encuentran en otras áreas sociales, como el aumento del gasto, las presiones demográficas, el enfriamiento de los problemas económicos y las restricciones fiscales son una evidencia real.

La historia del sistema de salud angolano se caracteriza por dos etapas distintas: La fase del período colonial y la fase pos-independencia. El período colonial va de 1482 a 1975 en el cual prevaleció el sistema de salud accesible a

los intereses económicos y mercantiles de los colonizadores. A partir de la independencia se identifican dos subyaces: la primera de 1975 a 1992, durante la cual el país optó por el sistema socialista y creó el primer Sistema Nacional de Salud (SNS), garantizando a todos sin discriminación el derecho a la salud, y abolió la actividad privada y la otra fase, a partir de 1992 hasta el presente, donde se optó por el multipartidismo, la apertura a la economía de mercado y a la conjunción de servicios de salud privados y públicos.

Angola se encuentra entre los países más pobres del mundo, ocupando el lugar 149 en el Índice de Desarrollo Humano-IDH¹ (Equipo de Desarrollo Datos macro, 2006), de un total de 173 países.

Queza (2010) menciona que el cuadro epidemiológico en Angola está dominado por enfermedades transmisibles, con énfasis en la malaria, enfermedades diarreicas agudas, enfermedades respiratorias agudas, tuberculosis, VIH / SIDA, tripanosomiasis (enfermedades del sueño), enfermedades inmunoprevenibles como el sarampión y el tétanos, entre otros. El resurgimiento de enfermedades como la fiebre amarilla y algunas enfermedades descuidadas como la oncocercosis. Cabe destacar que las muertes por accidentes de tránsito también son un problema de salud pública que requiere políticas públicas multisectoriales eficientes para inhibir las consecuencias.

Sin lugar a dudas, Angola presenta un cuadro epidemiológico extremadamente complejo. Cuando en el mundo estudios sobre mortalidad, morbilidad e incapacidad relacionadas con la transición en salud hacia una nueva etapa (transición epidemiológica), donde se afirma prevalecen enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas, en Angola prevalecen ambos perfiles epidemiológicos de mortalidad por infecciones y por enfermedades

¹El índice de desarrollo humano (IDH) es una medida resumida del desarrollo humano; mide el avance conseguido por un país en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: disfrutar de una vida larga y saludable, acceso a educación y nivel de vida digno. El IDH es la media geométrica de índices normalizados que miden los logros en cada dimensión, y utiliza diversos indicadores para su cálculo: esperanza de vida al nacer, años promedio de escolaridad y años esperados de escolarización e ingreso familiar disponible o consumo per cápita; es por tanto una medida comparativa de la esperanza de vida, la alfabetización, la educación y el nivel de vida correspondiente a países de todo el mundo.

transmisibles. “Las enfermedades transmisibles son responsables por más del 50% de la muertes registradas en la población en general” (Minsa, 2016)

Todavía Angola registra una gran incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias donde se destacan las endémicas y enfermedades respiratorias agudas, epidemias recurrentes de malaria, de cólera, de sarampeón, ravia y un aumento exponencial de enfermedades crónicas no transmisibles.

El doctor, José Van Dúnem, quien fuera ministro de la salud, al hablar durante el acto de apertura del X Congreso Internacional de los Médicos en Angola, que transcurrió en enero del 2015, bajo el lema “Los desafíos de la salud en Angola en el contexto de un mundo en cambios”, realzó que estas patologías exigen el establecimiento de mayor capacidad de diagnóstico clínico y de laboratorio y la implicación de las comunidades.

La discusión del tema de la gestión de recursos humanos en salud es aún más relevante porque, desde 1999, se viene ejecutando en Angola un programa de desconcentración y descentralización administrativa con miras a mejorar el acceso de la población a los servicios públicos.

Tomando en cuenta todo lo señalado, coincidiendo con la OMS en que “en muchos países, la falta de personal es una de las principales limitaciones para el fortalecimiento de la atención primaria y otros servicios de salud, como los curativos, promocionales, preventivos y de rehabilitación” (Dal Poz, 2009) y reiterando que Angola es uno de esos países donde una de las múltiples causas de los problemas de salud de la población es la carencia de personal sanitario capacitado por lo que existen debilidades en la gestión de recursos humanos de la salud (GRHS), es que la presente tesis se propone analizar la evolución de la políticas públicas en salud en un período histórico asociado a los cambios acontecidos en este país a partir de las diferentes etapas desde la independencia.

Objetivo General:

1. **Identificar** las características de las políticas públicas de salud en Angola en el dominio de la Gestión de Recursos Humanos en Salud, considerando el contexto histórico, político y económico de 1975 à 2015

Objetivos específicos:

1. **Analizar** teóricamente las políticas públicas y la Gestión de Recursos Humanos en Salud em Angola
2. **Identificar** el tipo de modelo de Gestión de Recursos Humanos en Salud existente en Angola.
3. **Relacionar** las políticas públicas de salud y la de Gestión de Recursos Humanos en Angola, considerando el campo de Gestión de Recursos Humanos en Salud en sus múltiples dimensiones, como objetos de reflexión y transformación.
4. **Proponer** recomendaciones y acciones para incluir en las disposiciones del gobierno relacionadas con la Gestión de Recursos Humanos en Salud.

Hipótesis

Las políticas públicas orientadas a una distribución equitativa de los Recursos Humanos en Salud, adecuada en calidad y cantidad a las necesidades de la población, sumadas a una eficiente gestión de los mismos, contribuyen al cumplimiento de los objetivos de accesibilidad, equidad, calidad y eficiencia en la atención y cuidado de la salud de la población

Metodología

La metodología seguida es fundamentalmente Cualicuantitativo, utilizando como métodos empíricos la observación, la encuesta y entrevistas en profundidad, contrastados a partir del uso de la triangulación como método cualitativo utilizado para consolidar las diferentes técnicas y específicamente minimizar las subjetividades, métodos que son descritos a continuación.

La observación es la adquisición activa de información sobre un fenómeno o fuente primaria. Tomando en cuenta que adquirir información de los fenómenos que rodean al observador es capital para aproximarse al conocimiento de un problema, en esta tesis este método ocupa un lugar

importante, dado que el autor de la tesis es parte del sistema de salud angolano desde el año 1987.

Las encuestas y las entrevistas a profundidad, junto con el análisis de documentos fueron los elementos esenciales para recoger la información.

La técnica inicial de investigación utilizada fue el análisis de documentos, que permitió la recogida de información. Libros, tesis, artículos, planes de desarrollo fueron analizados, y este análisis se fue enriqueciendo con las experiencias y opiniones obtenidas de las encuestas y entrevistas.

Las encuestas con preguntas abiertas y cerradas se aplicaron a una muestra intencional, no aleatoria, de 50 individuos del personal sanitario angolano (30 en una encuesta inicial y 20 en una segunda encuesta), donde los criterios de selección fundamentales fueron la heterogeneidad y el número de años de experiencia del personal sanitario, a lo que se le añadió para la segunda encuesta médicos ocupando cargos en instituciones de salud y no sólo a más médicos, técnicos, enfermeros, y jefes sino también a profesores de instituciones de salud. También se hicieron entrevistas a profundidad a 11 seleccionados por ocupar diferentes puestos dentro del sistema sanitario angolano y en específico, en gestión de recursos humanos y a un médico del centro de salud de Sequele y a un licenciado en enfermería que trabaja en el MINSA sobre cuestiones relacionadas con la APS.

El método histórico lógico resultó ser muy útil en la fundamentación teórica y análisis de la situación problemática a resolver.

El método lógico-histórico es una herramienta del análisis epistemológico de la producción científica que ayuda, en primer lugar, a recuperar las características, su lógica interna, el modelo paradigmático o, la epistemología dominante en las tesis, o informes de investigación.

Para el análisis de resultados se utilizaron métodos Cualicuantitativos matemático-estadísticos, como tablas de frecuencias, gráficos, para la consolidación de datos según variables seleccionadas, mediante el cálculo de características numéricas que permitieron hacer análisis descriptivos estadísticos.

La tesis consta de la introducción, cinco capítulos, conclusiones, recomendaciones y anexos.

El primer capítulo contiene la fundamentación análisis teórica de las políticas públicas en el dominio de la Gestión de Recursos Humanos en Salud (GRHS) en el mundo y en Angola. Por lo que se parte de los conceptos más generales: políticas públicas y la GRH, para después particularizar los mismos en la salud y presentar el caso de Angola.

El segundo desarrolla la concepción metodológica seguida en función del modelo de la OMS de “ciclo de vida laboral” y sus dimensiones e indicadores. Y se presentan de manera detallada los conceptos de GRH que posteriormente son utilizados. Esta concepción es la base utilizada para relacionar las políticas públicas en salud y la de Gestión de Recursos Humanos en Angola. Finalmente se explicitan los objetivos, las particularidades y la necesidad de aplicar dos encuestas, y dos entrevistas a profundidad y el método de triangulación de estas tres fuentes.

En el tercero se muestra el análisis de los resultados obtenidos y las propuestas de recomendaciones y acciones para incluir en las disposiciones del gobierno relacionadas con la Gestión de Recursos Humanos en Salud, a partir del análisis de documentos, las encuestas, la entrevista a profundidad y el método de la triangulación de fuentes.

Las características de las políticas públicas de salud en Angola en el dominio de la Gestión de Recursos Humanos en Salud se presentan divididas en tres partes:

1. Características generales.
2. Características específicas de la etapa 1975 a 1992.
3. Comparación entre las etapas 1993 hasta 2015.

En el cuarto capítulo se muestra discusión del Resultados de la triangulación de fuentes.

El quinto capítulo presenta las Propuestas de recomendaciones y acciones para las PPS y GRHS en Angola.

Procedimientos éticos:

Antes de las entrevistas y encuestas, el proyecto fue presentado al Ministro de Salud, quien autorizó las entrevistas. Y cada entrevistado y encuestado dio su consentimiento libre e informado de acuerdo con la declaración de la convención de Helsinki

CAPÍTULO I

Conceptos fundamentales de políticas públicas y gestión de recursos humanos en salud: Situación de la República de Angola

1.1 Políticas públicas en salud (PPS)

“Es importante comprender el origen y la ontología de un área de conocimiento, como es el caso de las políticas públicas, para comprender mejor sus consecuencias, su trayectoria y sus perspectivas” (Souza, 2006).

Según Sapata (et al 2012), a principios del siglo XX, no se mencionaban las políticas públicas (PP) debido, en parte, a los principios occidentales que pretendían estados no intervencionistas. Las crisis económicas de posguerra obligaron a las democracias liberales a adaptar modelos intervencionistas que desarrollaron políticas públicas como mecanismo de control.

La política pública como área de conocimiento y disciplina académica nació en los Estados Unidos de América (EUA), rompiendo u omitiendo los pasos seguidos por la tradición europea de estudios e investigación en esta área, que luego se centró más en el análisis del Estado y su instituciones que en la producción gubernamental. En Europa, el área de políticas públicas surgió como un desarrollo de obras basadas en teorías explicativas sobre el papel del estado y una de las instituciones más importantes del estado, el Gobierno, productor, por excelencia, de políticas públicas. En los EUA, por el contrario, el área aparece en el mundo académico sin establecer relaciones con los teóricos sobre el papel del estado, pasando directamente al énfasis en los resultados en la acción del gobierno. La suposición analítica que rige la constitución y la consolidación de los estudios de políticas públicas es que, en democracias estables, lo que el gobierno hace o no hace es capaz de ser formulado y analizado científicamente por investigadores independientes. El estudio del mundo abre la tercera área principal de acuerdo con la trayectoria de la disciplina que nació como una subárea de la ciencia política en los EUA.

Podemos ver que el surgimiento de la política pública como ciencia tuvo su origen en varias áreas de investigación, según lo informado por Sousa (2006), quien explica el trabajo del grupo de matemáticos, politólogos, analistas de

sistemas, ingenieros, sociólogos, etc. Influenciado por la teoría del juego de Neuman, trató de mostrar cómo una guerra podría llevarse a cabo como un juego racional. La propuesta de aplicar métodos científicos a las fórmulas y decisiones gubernamentales sobre problemas públicos luego se expande a otras áreas de producción gubernamental, incluida la política social.

Sousa (2006) describe que los fundadores del área de políticas públicas fueron H.Laswell, H. Simón, C. Lindblom y D. Easton. Estos a su vez teorizaron de modo que los dos primeros introdujeron uno la expresión y otro un concepto y los otros dos uno cuestionó y el otro contribuyó.

H.Laswell (1936) introdujo la expresión análisis de políticas públicas, incluso en la década de 1930, como una forma de conciliar el conocimiento científico / académico con la producción empírica de los gobiernos y como una forma de establecer un diálogo entre gobiernos, científicos sociales y grupos de interés.

H.Simón (1957) introdujo el concepto de racionalidad limitada para los formuladores de políticas públicas, argumentando, sin embargo, que la limitación de la racionalidad para los formuladores de políticas siempre está limitada por problemas tales como información incompleta o imperfecta, tiempo para la toma de decisiones , interés propio de los tomadores de decisiones, etc.

Lindblom (1959; 1979) cuestionó el énfasis en el racionalismo de Lawell y Simon y propuso la incorporación de otras variables en la formulación y análisis de políticas públicas como las relaciones de poder y la integración entre las diferentes fases del proceso de toma de decisiones que no tendrían necesariamente un fin o un comienzo.

Easten (1965) contribuyó al área definiendo la política como un sistema, es decir, como una relación entre la formulación, los resultados y el medio ambiente. Según Easten, las políticas públicas reciben aportes de los partidos políticos, los medios de comunicación y los grupos de interés, que influyen en sus resultados y efectos.

Las características de la política pública son las siguientes:

- Institucional: Política elaborada o decidida por una autoridad formalmente constituida dentro del alcance de su competencia.
- Decisional: La política es una secuencia de decisiones, con respecto a la elección de fines / o medios de largo o corto alcance, en una situación específica y en respuesta a problemas y necesidades.
- Comportamiento: la política es un curso de acción y no solo una decisión singular.
- Causal: La política es el producto de la acción que tiene un efecto en el sistema político, económico y social. [Http // www.ebah.com.br](http://www.ebah.com.br) (Consultado el 26/05/2016).

En la Tabla 1 se presentan las definiciones planteadas por distintos autores estudiados.

Tabla 1 Comparación conceptual del término política pública

Autor	Definición de política pública
Rose (1984)	Transformación y combinación que hacen organizaciones gubernamentales de los recursos normativos, humanos, financieros y tecnológicos con el fin de atender los problemas de los ciudadanos, controlar sus comportamientos, satisfacer sus demandas y, de esta manera, lograr impactos sociales, políticos y económicos.
Subirats (1989)	Actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos.
Lahera (1999)	Cursos de acción o flujos de información relativos a un objetivo público, desarrollados por el sector público con la frecuente participación de la comunidad o el sector privado.
Repetto (2000)	Resultado de la interacción entre actores sociales y estatales, moldeados por marcos institucionales.
Piñango (2003)	Proposiciones gubernamentales sobre la mejor forma de lograr determinados objetivos sociales. Ideas que contienen toda la fuerza y debilidades de éstas, no obstante las mejores ideas pueden generar efectos indeseables.

Fuente: Elaborado por **Maggiolo Isabel y Maggiolo Javier**, 2006

En todas estas definiciones se incluye la participación del Estado en la elaboración de PP para resolver problemas sociales, que dejados a la acción individual no hallan salida. Lahera y Repetto consideran características importantes de las PP la colaboración de la comunidad y del sector privado, y la participación de actores sociales en dicho proceso, cuestión con la cual coincide el autor de la presente tesis.

En tal sentido, y tomando en consideración estos planteamientos, a los efectos de esta investigación se adopta la siguiente definición de política pública: “Disposiciones del Estado para atender determinadas realidades que afectan directa o indirectamente a la sociedad, sean de tipo social, política o económica” (Maggiolo, 2007).

Las políticas públicas como un proceso siguen varias fases:

Fase 1: Definición de un problema como público (demandas y preocupaciones sociales que los directivos públicos consideran prioritarios en un momento determinado) e inclusión en la agenda del gobierno,

Fase 2: Formulación de alternativas de solución,

Fase 3: Reconocimiento y adopción de una de ellas,

Fase 4: Implementación,

Fase 5: Seguimiento y evaluación de los resultados obtenidos,

Fase 6: Evaluación y seguimiento del impacto.

El enfoque de intervención en políticas públicas es múltiple, de los cuales destacamos las intervenciones en los campos de la asistencia social, la educación, los derechos de las personas mayores, las mujeres y las personas con discapacidad, las de seguridad, medio ambiente, agricultura, trabajo y salud.

En función de lo anteriormente descrito se adhiere a la definición de políticas públicas en salud a: las disposiciones del Estado, en las que se combinan recursos normativos, humanos, financieros y tecnológicos para transformar una realidad o problema de salud que afecta a la sociedad, desarrolladas por el sector público, con la frecuente participación de la comunidad y el sector privado.

Dado que el estado proporciona un instrumento para el análisis de las políticas de salud, se encuentran grandes especificidades, como la complejidad económica y financiera, que resulta de la innovación tecnológica y terapéutica y la centralidad del poder de los profesionales, lo que resulta en cambios políticos desafiantes.

Da Silva (2012) se refiere a que la esencia del rompe cabezas en esta área de las políticas públicas en las últimas décadas se ha centrado en redefinir el papel del estado en la financiación, el pago, la regulación y la prestación de atención médica. (Salman, 1994).

En varios países, la estrategia seguida fue combinar elementos de los dos modelos beveridgiano y bismarckiano que originaron los sistemas de protección social en la mayoría de los países desarrollados (Simões, 2004).

El modelo beveridgiano fue concebido por el inglés William Beveridge a través de su Informe Beveridge de 1942, lo que resultó en la creación del Servicio Nacional de Salud Británico en 1948. Este tenía la intención de responder a una sociedad británica que acababa de salir de la Segunda Guerra Mundial y que exigía una mejor atención médica para todos y no solo para los nobles, por lo tanto, su objetivo sería llegar a todos los ciudadanos, siendo eventualmente adaptados por otros países europeos, especialmente de la periferia como Portugal, España, pero también del norte de Europa como Noruega o Suecia.

Por su parte, Otto von Bismarck inauguró en 1883, en Alemania, el llamado estado de bienestar, promulgando el primer seguro social obligatorio que cubría enfermedades, accidentes laborales, discapacidad y vejez. Una de las grandes diferencias con el modelo inglés es que para beneficiarse del sistema no era suficiente ser ciudadano nacional, sino contribuir al sistema, es decir, ser un trabajador activo.

Hoy en día, el modelo "Beveridgiano" sigue apuntando a la universalidad, por lo que debe abarcar a todos los ciudadanos, se financia con impuestos, su provisión es esencialmente pública pero cada vez más contratada, y la atención médica generalmente es gratuita.

El modelo "Bismarckiano" se basa en el seguro social obligatorio como en Alemania, o en el seguro privado, que también es obligatorio, como en Suiza. El sistema se financia mediante contribuciones de empleadores y empleados, basadas en salarios e independientemente del nivel de riesgo de enfermedad individual. En este modelo el Estado especifica un paquete básico de beneficios y garantiza las contribuciones de los desempleados y los grupos más vulnerables.

La pregunta que debe hacerse es cuál es el mejor modelo teniendo en cuenta el contexto donde será aplicado. La verdad es que hoy, aunque se siguen teniendo dos sistemas fácilmente identificables, la mayoría de los modelos son mixtos y tienen componentes de ambos sistemas. Independientemente del

sistema que adopten los países, lo que importa es cómo se aplica y cómo responden los gobiernos en tiempos de crisis.

En lo que todos sí coinciden es en que la intervención del Estado en materia de salud es la característica esencial de las políticas públicas en salud. Si el Estado retrae sus compromisos con relación a la salud de la población los riesgos de enfermar y morir aumentan. Estudios económicos demostraron que cada peso adicional gastado por el Estado en bienes públicos de salud, tales como acciones preventivas, reducen los riesgos interdependientes de enfermar y morir y aumentan la viabilidad y competencia de los mercados (Berlinski, 1994).

Este rol del Estado ha ido cambiando a lo largo de la historia. No fue el avance de la ciencia médica, sino el surgimiento de nuevas amenazas a la calidad de vida, lo que impulsó la incorporación del Estado a las cuestiones de salud.

Este divorcio entre el progreso técnico y la expansión de la salud pública se refleja en los Estados Unidos de Norteamérica... Sólo a partir de los devastadores efectos sociales de la crisis de 1929, el país del norte comenzó a avanzar hacia la incorporación de esquemas de protección social en general y de salud, en particular. Fue necesario que aquel país atravesara otra catástrofe, como la derrota de Vietnam, para que se tolerara el surgimiento de los programas de salud dentro de las estructuras del seguro social. (González, 2004, p. 135)

Otro aspecto histórico de suma importancia lo constituye el tipo de actividades del Estado. Las acciones de Estado antiguo se orientaban más a cuidar la salud mientras que en el Estado moderno las acciones se inclinan más hacia la atención a la enfermedad.

En los inicios existía un modelo higienista que centraba su intervención en salud en aspectos preventivos y especialmente en la regulación del medio ambiente y los estilos de vida. Hacia fines del siglo pasado esta modalidad higienista de intervención del Estado en salud ya coexistía con una segunda modalidad de carácter asistencial más preocupada por la atención médica a la población enferma.

Un ejemplo evidente de lo señalado es que en “la Argentina, hasta 1943 la salud era competencia del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior. Ese mismo año se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la salud pública como problema de interés específico con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que en 1949 se transformó en Ministerio de salud” (González, 2004). Se coincide con la aseveración de que prever es mejor que curar y se acuerda con González (2004), cuando señala: “...hoy criticamos a los sistemas por su excesiva orientación a la atención médica en desmedro de acciones mucho más efectivas y eficientes como las relacionadas con la prevención, los estilos de vida y el ambiente”.

En las políticas públicas de salud se destaca dentro de las alternativas de solución la llamada Atención Primaria en Salud (APS).

La Conferencia de Alma Ata (actual Almaty en Kazajastán) sobre Atención Primaria en Salud (APS), impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF en 1978 y firmada por 134 países, supuso un antes y un después en el paradigma de la salud global.

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Declaración de ALMA-ATA).

La Declaración de Alma-Ata aspiraba a la “Salud para Todos para el año 2000” a través de un enfoque de APS integral, que debía constituir la pieza angular de los sistemas de salud. Esta visión, adelantada a su tiempo, huía de

sistemas demasiado “hospitalo-céntricos” y medicalizados y proponía una medicina quizás más social, con una serie de elementos clave que tenían sentido en medio de la Guerra Fría pero que aún continúan vigentes:

1. Cooperación y paz mundial
2. Un nuevo orden económico mundial.
3. Un reconocimiento a los determinantes sociales de la salud.
4. El necesario involucramiento de otros sectores en la promoción de la salud.
5. La participación comunitaria en la planificación, implementación y regulación de la APS.
6. La equidad en salud como resultado indiscutible de este enfoque.

La realidad es que la implementación de la APS, especialmente en los países menos adelantados vinculados a la ayuda al desarrollo, tomó un camino diferente vía programas enfocados en enfermedades específicas (por ejemplo malaria o tuberculosis) o un enfoque “selectivo” de atención primaria (APSs), dirigida a intervenciones básicas y concretas basadas en tecnologías asequibles y coste-efectivas en el corto plazo. En esencia, la atención primaria de salud se trata de cuidar a las personas, en lugar de simplemente tratar enfermedades o afecciones específicas.

Si bien se ha logrado grandes avances en los resultados de salud a nivel mundial durante los últimos 40 años, se enfrentan muchos desafíos continuos. Un enfoque de atención primaria de la salud (APS) es la forma más eficaz de resolver de manera sostenible los desafíos actuales del sistema de salud y la salud.

El enfoque de APS es fundamental para lograr los objetivos globales compartidos en Cobertura Universal de Salud (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud.

La Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Astana, Kazajstán, en octubre de 2018, aprobó una nueva declaración que enfatiza el papel fundamental de la atención primaria de salud en todo el mundo.

Se coincide con Macinko y Montenegro, (2007) que afirman: “Los resultados científicos demuestran que la APS es un componente clave para alcanzar la efectividad de los sistemas de salud y puede adaptarse a los diversos contextos sociales, culturales y económicos de los diferentes países”.

Entre las razones que justifican la renovación de la APS están la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que esta debe afrontar, la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias presentes en algunos de los enfoques ampliamente divergentes de la APS, y el reconocimiento creciente de que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud. Aplicar un enfoque renovado de la APS es, además, una condición esencial para afrontar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el más alto nivel de salud posible para cada persona.

La nueva estrategia de APS reconoce que la salud es un requisito para que las personas puedan alcanzar su realización personal, un elemento fundamental en las sociedades democráticas y un derecho humano (Knopf, 1999 y OMS, 2006). Además, investigaciones recientes han dilucidado las complejas relaciones que hay entre los determinantes sociales, económicos, políticos y ambientales de la salud y su distribución entre la población (Commission on Social Determinants of Health, 2005); así, ahora se sabe que cualquier método para mejorar la salud debe enunciarse dentro del contexto socioeconómico y político y se debe lograr la colaboración de los diversos sectores implicados.

“Un sistema de salud basado en la APS, además de estar conformado por elementos estructurales y funcionales que garanticen la cobertura universal con equidad, debe prestar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hacer hincapié en la prevención y en la promoción y garantizar la atención del paciente en el primer contacto. Las familias y las comunidades son la base para su planificación y puesta en práctica” (Macinko & Montenegro, 2007, p.76).

La reorientación de los sistemas de salud hacia la APS precisa reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención, lo que requiere asignar funciones apropiadas en todos los niveles de gestión e integrar los servicios de salud pública y la atención personal. También deben desarrollar un sistema de

trabajo orientado hacia las familias y las comunidades, usar datos confiables para la planificación y la toma de decisiones y crear un marco institucional que incentive la calidad de los servicios.

A pesar de que en esencia la definición de renovación de la APS continúa siendo la misma que se expresa en la Declaración de Alma-Ata, la nueva definición se enfoca más hacia los sistemas de salud en su conjunto — abarca los sectores públicos y privados y las organizaciones sin ánimo de lucro— y es aplicable a todos los países. Además, distingue entre valores, principios y elementos, subraya la equidad y la solidaridad e incorpora principios nuevos, como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad.

En esta nueva definición se echa a un lado la idea de que la APS es un conjunto de servicios de salud y se privilegia la idea de que los servicios deben ser congruentes con las necesidades en salud de cada población.

Las investigaciones realizadas han demostrado los beneficios de la APS y que los sistemas de salud basados en la APS tienden a ser más equitativos y a tener mejores resultados en cuanto a la salud a nivel poblacional (Comité Regional Africano & Organização Mundial da Saúde, 2006; Queza, 2010 y Dos Santos de Oliveira & Artmann, 2009). Los elementos dirigidos a mejorar el acceso y a lograr la atención en el primer contacto pueden mejorar esos resultados y al mismo tiempo beneficiar a los otros niveles del sistema de salud, con lo que aumenta la eficacia y la eficiencia general de todo el sistema (Fonseca, 2005 y Campione, 1998). Una APS desarrollada y consolidada contribuye a mejorar la satisfacción del paciente y su adhesión a los tratamientos y puede reducir el número de hospitalizaciones evitables y la utilización innecesaria de las salas de urgencias.

“Entre los factores percibidos como barreras para la puesta en práctica de la APS se encuentran la segmentación de los sistemas de salud, la falta de compromiso político, la poca coordinación entre la comunidad y los organismos competentes, el uso inadecuado de la información, la insuficiente colaboración intersectorial y la insuficiente inversión en recursos humanos” (Macinko & Montenegro, 2007, p.76).

La ciencia reconoce a la APS como una estrategia efectiva para promover el desarrollo humano y la equidad en salud. Para ello, es necesario aplicar enfoques integrales, basados en la evidencia y orientados a lograr la atención sanitaria universal, integrada e integral. Es por eso que la propuesta de renovación en la región se basa en la transformación de los sistemas de salud en sistemas basados en la APS. A pesar del apoyo internacional recibido para renovar la APS en la región, el proceso consultivo ha demostrado la presencia de algunas dificultades para aplicar la nueva visión de la APS. Entre las tareas principales que se deben acometer están: articular la renovación de la APS como una actividad prioritaria; consolidar el concepto de sistemas de salud basados en la APS, como una opción políticamente factible y atractiva.

1.2 Gestión de recursos humanos en salud (GRHS)

El origen de la GRH se remonta a 1850, cuando aparecieron las primeras fábricas para responder a las crecientes necesidades. Ya entonces se manifestaban algunos problemas de gestión de personal en términos de organización del trabajo, selección, control de formación y producción (Campos Major, 2018).

Se coincide con Besseyre des Horts (1987) cuando afirma que la historia de la gestión de recursos humanos se puede categorizar en cinco fases:

- ✓ La primera, de Administración de Personal, ocurre hasta la Primera Guerra Mundial, cuando la jerarquía en servicios especializados era según las funciones de contratación y formación.
- ✓ La segunda fase, entre guerras, de Relaciones Industriales, refuerza en estos servicios la función de negociación y control-disciplina derivada de aumento de los conflictos laborales.
- ✓ En las dos primeras décadas de la posguerra (1950-1960) surgió una tercera fase, Relaciones Humanas, que se concentró en estas decisiones de compensación y promoción, con el objetivo de maximizar la motivación.
- ✓ En las dos décadas siguientes (1970-1980) incorporó preocupaciones sobre higiene y seguridad en el trabajo, normativa laboral y otros aspectos relacionados con derechos laborales, pasando a llamarse Departamento de Recursos Humanos.

En un esfuerzo por conceptualizar los modelos de gestión de recursos humanos, Delery y Doty (1996) propusieron tres enfoques complementarios: universalista, contingencial y configuraciones.

Además, Brewster (1995, 1999) agrega una dimensión de análisis supra organizacional que busca vincular el contexto social con las opciones de GRH en las organizaciones que allí operan y que consagra el enfoque contextual. En la práctica, es otro enfoque contingencial, pero que se centra en lo externo, como parece demostrarlo la clasificación de Lepak y Shaw (2008).

En términos generales, el enfoque universalista de la GRH propone que existen “mejores prácticas” en la GRH (Alcázar, Fernández y Gardey, 2005b; Youndt et al., 1996). Estas prácticas son asumidas por los autores inscritos en este enfoque universalista como aquellas que maximizan los resultados independientemente del tipo de organización, configurando así lo que se ha denominado “mejores prácticas de GRH” (Thompson, 2011).

La falta de fundamento teórico de los enfoques universalistas, así como de las perspectivas conductuales, contribuyó al surgimiento de enfoques de contingencia (Alcázar, Fernández y Gardey, 2005a). Estos enfoques se basan en argumentos que integran la estrategia organizacional con diferentes factores de contingencia que operan en una organización (por ejemplo, tamaño, tecnología, estructura, entorno), en la relación entre las prácticas de recursos humanos y la efectividad organizacional (Youndt et al., 1996). La estrategia organizacional tiene un papel moderador en las prácticas de gestión de recursos humanos de una empresa (Delery & Doty, 1996). Básicamente, esto implica la selección de prácticas de GRH de acuerdo con las contingencias en las que se pretenden desarrollar (Clinton & Guest, 2013), en contraposición a las mejores prácticas de GRH.

En el campo de la GRH, los enfoques de contingencia se desarrollaron con base en los mismos argumentos y líneas de investigación y aplicación que los observados en otras áreas de estudio, como liderazgo, estrategia o gestión general en organizaciones. Los autores que adoptan este enfoque argumentan que una organización debe diseñar y adoptar prácticas de GRH de acuerdo con las contingencias en las que opera. Estas contingencias vinculadas a las

prácticas de GRH son múltiples, desde la estrategia organizacional (Delery & Doty, 1996; Schuler & Jackson, 1987), hasta el tamaño (Sheehan, 2014), la estructura, la tecnología (Combs et al., 2006), las relaciones de poder, mercados laborales y competitividad, entre otros (Tzabbar et al., 2017; Jackson & Schuler, 1995).

Los enfoques configuraciones de GRH abandonan los argumentos lineales (universalistas) y de interacción (contingencia) por argumentos más complejos que admiten una visión holística de los diversos elementos constitutivos de una organización y las relaciones entre ellos (Baird y Meshoulam, 1988; Doty, Glick y Huber, 1993). En otras palabras, la organización es vista como algo más que la suma de sus partes, siendo la sinergia entre sus elementos un factor de orden superior, lo que complica las relaciones entre prácticas de GRH, contingencias y desempeño organizacional. Nuevamente, estas teorías reflejan desarrollos en el área de las teorías del liderazgo, pero principalmente de las teorías organizacionales.

Implícitamente, todos los enfoques mencionados comparten el supuesto de que el contexto macro social (por ejemplo, cultura nacional, relaciones laborales, legislación, mercado laboral) no es relevante. Sin embargo, el enfoque contextual reformula y amplía los argumentos del enfoque de contingencia, integrando el macrosistema social como factor condicionante de las prácticas de GRH. Va así más allá del impacto unidireccional de las contingencias organizacionales en la elección y práctica de los métodos de gestión de recursos humanos (Alcázar, Fernández y Gardey, 2005a).

Para estudiar la interrelación entre las prácticas de GRH, Verburg (1998 citado en Boselie, Paauwe & Jansen, 2001) concibió dos dimensiones que, como el estudio inicial de Paauwe, incluyen la dimensión de “compromiso” complementada con elementos del contexto: 1) la naturaleza de la política de GRH (control versus compromiso); y 2) Centrarse en la responsabilidad del desarrollo del trabajador (organización versus individuo). Cruzando las dos dimensiones, y utilizando el trabajo de Mintzberg, Verburg (1998) propuso cuatro tipos de organización, cada uno con su propio proyecto típico de GRH:

1) El modelo de Mercado (similar a la Estructura Simple de Mintzberg) promueve poco la producción de reglas y procedimientos y más el establecimiento de objetivos, y presenta dificultades de desarrollo. El director o fundador de la organización es responsable de GRH. Según Verburg (1998), este modelo está orientado al control y la organización;

2) El modelo mecanicista (correspondiente a la Burocracia Mecanicista de Mintzberg) fomenta una definición estrecha de las actividades de los trabajadores, permitiendo pocas oportunidades de desarrollo. Este modelo está particularmente orientado al control, donde se evidencia la estandarización de las formas de evaluación, la formalización de los procedimientos de reclutamiento y selección y los sistemas de recompensa;

3) El modelo de Desarrollo (similar a la Burocracia Profesional) enfatiza el compromiso, dando espacio a oportunidades en la formación y desarrollo de profesionales altamente calificados; un gran departamento central de recursos humanos para la formulación de políticas, donde la ejecución tiende a ser descentralizada, como es el caso del reclutamiento y la selección, y donde hay una clasificación amplia funciones variadas;

4) El modelo de Flexibilidad (similar a la Andocracia de Mintzberg) que se opone al Modelo Mecanicista a través del reducido número de reglas y procedimientos, y la amplia posibilidad de formación y desarrollo de competencias, ausencia de sistemas descriptivos de puestos y sistemas formales de sanciones.

Después de la breve historia sobre los modelos de gestión de recursos humanos se propone profundizar en la conceptualización de la GRHS.

En este sentido, se resalta que todos los estudios coinciden en la necesidad de consolidar los principios humanistas que definen la organización de todas las actividades en salud, y no sólo de los servicios. Mantener en las políticas públicas de salud el acceso universal y equitativo es un imperativo.

Y sin lugar a dudas, una garantía para el mantenimiento de la universalidad de la política es el papel que el Estado debe desempeñar como

proveedor de servicios de atención, en la planificación, formación, control y evaluación de sus recursos humanos.

En estos momentos el autor de la presente tesis entiende prudente aclarar que la gestión de recursos humanos al interior de las organizaciones debe valorar el recurso humano como capital humano, tomando en cuenta que:

De acuerdo al sitio *micarrer laboral*, un recurso humano es aquel que se contrata y se trata de maximizar su uso y rendimiento al interior de la empresa. El empleado en sí, es un medio para alcanzar los objetivos empresariales. Un recurso humano podría plantearse como una visión a corto o mediano plazo, solo durante el lapso en que dure la tarea para la cual ha sido asignado (CNI consultores, 2018).

Cuando el personal es impulsado a alcanzar su potencial, aumentar su valor, prepararse y crecer profesionalmente, se considera un bien de la empresa, y por tanto capital humano. El capital humano implica una visión a largo plazo, considerando un plan de carrera del empleado, dentro de la empresa, e incluso, si así lo deciden ambas partes, para toda su vida laboral (CNI consultores, 2018).

En este sentido, los Estados deben establecer políticas de recursos humanos en salud (RHS) consistentes con la política pública de salud del país, e integrando y articulando la gestión de recursos humanos en salud. Estas políticas deben contribuir desde la gestión de recursos humanos de salud a la satisfacción de las necesidades de los usuarios, garantizando la prevención, promoción, preservación y/o recuperación de su salud.

La Gestión de Recursos Humanos define los procesos por los cuales las empresas planifican, organizan y administran las tareas y activos relacionados con las personas que conforman la organización.

La Gestión de Recursos Humanos es el proceso administrativo cuyo principales objetivos son:

- ✓ Crear, mantener y desarrollar un conjunto de personas con habilidades, motivación y satisfacción suficientes para conseguir los objetivos de la organización.

Establecer, conservar y atesorar condiciones organizacionales que permitan la aplicación, el desarrollo y la satisfacción plena de las personas y el logro de los objetivos individuales.

- ✓ Alcanzar la eficiencia y eficacia con los recursos humanos disponibles (<https://www.eoi.es/blogs/madeon/2013/03/10/gestion-de-recursos-humanos/>).
- ✓ La Gestión de Recursos Humanos realiza el manejo integral en diferentes funciones desde el inicio al fin de una relación laboral como son:
- ✓ Reclutar y seleccionar el personal con el perfil seleccionado.
- ✓ Capacitar y entrenar.
- ✓ Evaluar el desempeño laboral.
- ✓ Describir las responsabilidades que definen cada puesto en la organización.
- ✓ Desarrollar programas, talleres, cursos, etc., y cualquier otros programas que vayan acorde al crecimiento y mejoramiento de los discernimientos del personal.
- ✓ Promocionar el desarrollo del liderazgo.
- ✓ Ofrecer asistencia psicológica a los empleados en función de mantener un ambiente armónico entre todos.
- ✓ Solucionar conflictos y problemas que se provoquen en el personal.
- ✓ Informar a los empleados ya sea mediante boletines, reuniones, memorándums o por vía mails, las políticas y procedimientos de recursos humanos.
- ✓ Supervisar la administración de los programas de ensayo.
- ✓ Desarrollar un marco personal basado en competencias.
- ✓ Avalar la variedad de puestos de trabajo como forma o vía de que una empresa triunfe en los distintos mercados. (<https://www.eoi.es/blogs/madeon/2013/03/10/gestion-de-recursos-humanos/>).

Por lo que las políticas de recursos humanos de salud tienen que normar la planificación de los RHS, la incorporación del personal sanitario, la gestión del desempeño de este personal, el desarrollo de los RHS, las relaciones laborales,

la mantención y retención de los RHS, el fortalecimiento de la red de gestión de recursos humanos de salud, y la información y control de los RHS.

Ahora bien, se hace necesario aclarar que la Organización Mundial de la Salud reconoce que la gestión de recursos humanos en salud se ve afectada por no existir una armonización en cuanto a lo que se considera personal de la salud y todo análisis del personal sanitario exige una definición precisa del trabajador sanitario.

Los proveedores de atención de salud personifican los valores esenciales del sistema: curan y atienden a las personas, alivian el dolor y el sufrimiento, previenen enfermedades y mitigan los riesgos; son el vínculo humano entre conocimiento y acción sanitaria (Informe sobre la salud en el mundo 2006).

El informe considera que son trabajadores sanitarios todas las personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud. Esta descripción es coherente con la definición que da la OMS de los sistemas sanitarios, según la cual éstos comprenden todas las actividades cuyo objetivo fundamental es mejorar la salud. Los proveedores de servicios de salud constituyen aproximadamente las dos terceras partes del personal sanitario mundial, y el tercio restante está compuesto por personal administrativo y auxiliar.

1.3.- Caracterización general de Angola

La República de Angola (Figura 2), es un país ubicado en la costa oeste de África, ubicada en la región sur del continente con un área de 1 246 700 km^2 . Está limitada al norte por la República del Congo y la República Democrática del Congo, al este la República de Zambia y la República Democrática del Congo y al sur la República de Namibia y al oeste está bañada por el Océano Atlántico con una longitud de 1600 km de norte a sur.

Figura 2 Situación Geográfica. Angola



Fuente: Plan Nacional de Desarrollo Sanitario 2012-2015

El país tiene un clima tropical, con dos estaciones: cacimbo, la estación seca que se extiende de mayo a septiembre y la estación lluviosa de octubre a abril, con temperaturas promedio de 17 a 27 grados.

La Constitución establece un sistema político semipresidencialista. A nivel subnacional, el poder se concentra en los gobiernos provinciales y sus gobernadores, designados por el Presidente de la República.

Oliveira, 2010, describe que; en la planificación angolana, la provincia constituye la célula base de las funciones de planificación y presupuesto, mientras que la comuna es la unidad administrativa más pequeña del país, aún existente según el artículo 55 de la constitución de barrios y / o asentamientos.

La situación económica se caracteriza por altos niveles de crecimiento económico desde 2002, cuando terminó el conflicto armado. Su economía depende del petróleo y diamantes.

Además de la lengua oficial, el portugués, existen en el país varios grupos etnolingüísticos, expresándose en más de veinte lenguas nacionales, lenguas maternas de la mayoría de la población.

Situación Demográfica:

La población angolana se estima en 25 789 024 habitantes (censo 2014) -Categoría www.angolabelazebelo.com, (consultado el 11 de agosto de 2016). Está distribuida en 18 provincias, 164 municipios y 547 comunas (ANGOALA, 2005^a) y 1271 aldeas. (Mayato, 2007).

Su población es mayoritariamente pobre: 61% de la población vive por debajo de la línea de pobreza, el 26% en extrema pobreza (Queza, 2010). El país está en el puesto 149 según el IDH, en un grupo de 173 países. La esperanza de vida media es de 62años.

En la tabla a continuación (Tabla 2) aparece la población en cada provincia. Solo en Luanda habitan 26,93%, casi la tercera parte de toda la población, lo cual tiene como causa el largo período de guerras y el desigual desarrollo existente entre la capital y el resto de las provincias. Cuatro provincias: Luanda, Huila, Benguela y Huambo, suman aproximadamente el 55% de toda la población. Esta problemática complica la atención sanitaria sobre todo en la capital.

Tabla 2 Distribución de la población en Angola por provincia

Nº	Provincia	Habitantes	%
1	Luanda	6.945.386	27
2	Huíla	2.497.422	9,6
3	Benguela	2.231.385	8,6
4	Huambo	2.019.555	8
5	Cuanza Sul	1.881.873	7,2
6	Uíge	1.483.118	5,2
7	Bié	1.455.255	5,6
8	Cunene	990.087	4
9	Malanje	986.363	4,7
10	Lunda Norte	862.566	3,3
11	Moxico	758.568	2,9
12	Cabinda	716.076	2,7
13	Zaire	594.428	2,3
14	Lunda Sul	537.587	2,0
15	Cuando Cubango	534.002	2,0
16	Namibe	495.326	1,9
17	Cuanza Norte	443.386	1,7
18	Bengo	356.641	1,3
Total		25.789.024	100

Fuente: Informe final del Censo General de Población y Vivienda (RGPH) realizado en 2014.

"La distribución por edades presenta una población esencialmente joven, con alrededor del 48% de la población menor de 15 años, el 49% entre 15 y 64 años y solo el 3% tiene más de 64 años" (Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud 2013-2025, 2012, p. 18). Esta tendencia seguirá manteniéndose en los siguientes años y hace que los servicios de maternidad,

la demanda de medicamentos y los servicios de salud tiendan a crecer progresivamente. Es importante destacar que de esta población, 12 499 041 son hombres y 13 289 983 son mujeres (Tabla 3).

Tabla 3 Distribución de la población por provincia y sexo.

Provincia	Masculino	Femenino	Total	Índice de Masculinidad
Bengo	177.949	178.692	356.641	99,6
Benguela	1.055.819	1.175.566	2.231.385	89,8
Bié	691.623	763.632	1.455.255	90,6
Cabinda	355.765	360.310	716.076	98,7
Huambo	958.140	1.061.414	2.019.555	90,3
Huíla	1.186.589	1.310.833	2.497.422	90,5
Cuando Cubango	260.585	273.417	534.002	95,3
Cuanza Norte	217.060	226.326	443.386	95,9
Cuanza Sul	905.809	976.064	1.881.873	92,8
Cunene	462.056	976.064	990.087	47,3
Luanda	3.401.996	3.543.390	6.945.386	96,0
Lunda Norte	444.053	418.513	862.566	106,1
Lunda sul	265.806	271.782	537.587	97,8
Malange	479.788	506.575	986.363	94,7
Moxico	369.437	389.131	758.568	94,9
Namibe	240.144	255.182	495.326	94,1
Uíge	728.693	754.425	1.483.118	96,6
Zaire	297.728	296.700	594.428	100,3
Total	12.499.041	13.289.983	25.789.024	94,0

Fuente: Anuario Estadístico-MINSA-2015-Proyección de la población 2009-2015. INE.

Nótese que como el índice de masculinidad se calcula mediante la fórmula

$$\left(\frac{\text{Número de residentes de sexo masculino}}{\text{Número de residentes de sexo femenino}} \right) * 100,$$

existe un 94 hombres por cada 100 mujeres, las mujeres representan en números absolutos 790 942 más. Solo en las provincias de Lunda Norte y Zaire hay más hombres que mujeres.

El estado de salud de la población angolana se caracteriza por una baja esperanza de vida al nacer, altas tasas de mortalidad materna e infantil, una gran carga de enfermedades transmisibles, así como una mortalidad prematura prevenible.

Minsa (2016) reconoce que sobre el cuadro epidemiológico, en términos de transición epidemiológica, se caracteriza por el doble peso de las enfermedades transmisibles (resultantes de condiciones deficientes de suministro de agua potable, higiene, saneamiento y alimentos) y enfermedades crónicas (resultantes de nuevos estilos de vida, como la inactividad física, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, el tabaquismo, el uso de otras drogas y otros factores de riesgo asociados con enfermedades).

Situación Epidemiológica:

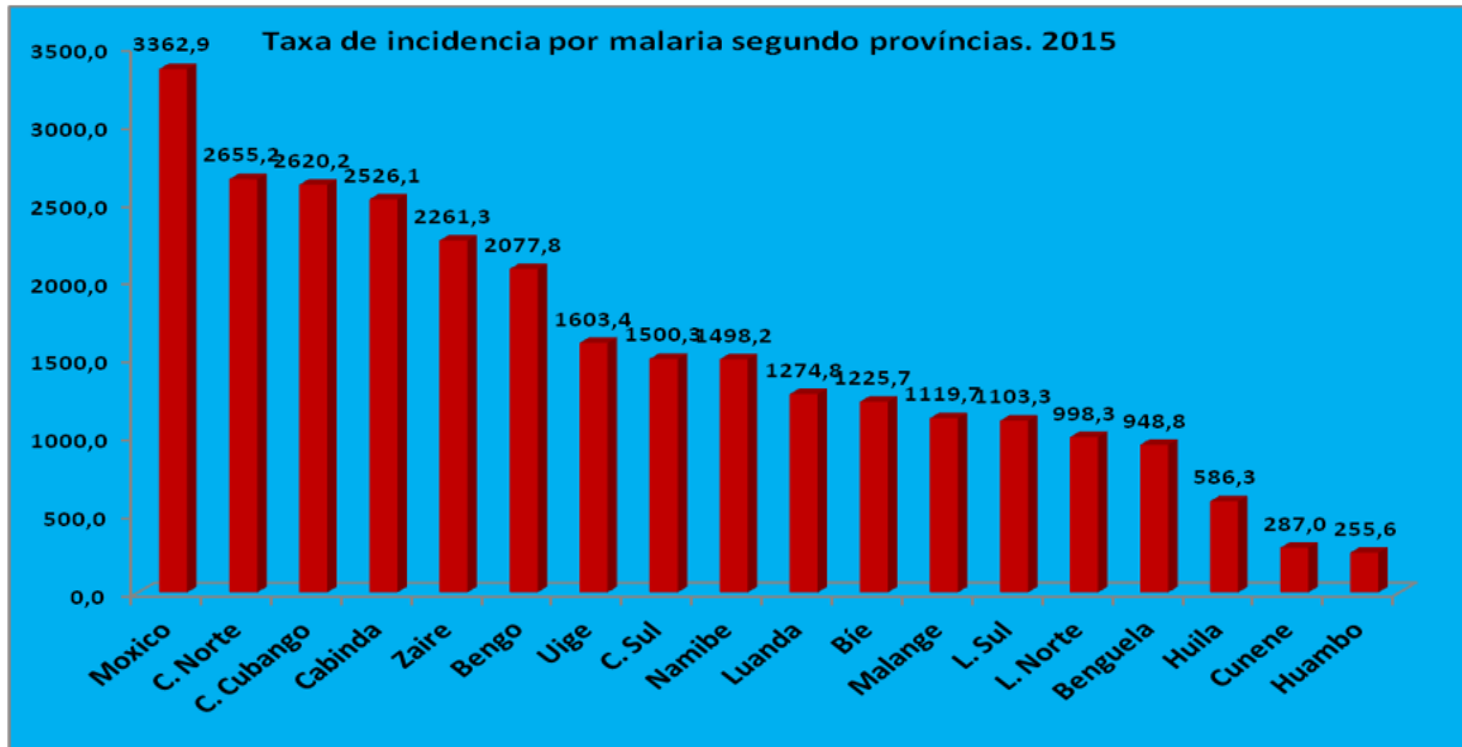
Malaria

Dentro de las enfermedades transmisibles se destacan la malaria, enfermedades diarreicas agudas, enfermedades respiratorias agudas, tuberculosis, VIH/sida, tripanosomíase (enfermedad del sueño), enfermedades inmunoprevenibles tales como el sarampión y el tétano, entre otras. El resurgimiento de enfermedades como la fiebre amarilla y algunas enfermedades descuidadas como la oncocercosis.

Según el estudio de Queza (2010) la malaria es una patología endémica en Angola y, según la ubicación geográfica, hay seis provincias hiperendémicas: Cabinda, Uíge, Malange, Lunda-sul e norte y Kuanza norte. (fuente: Minsa, 2008). Se considera como la patología que causa la mayor morbilidad y mortalidad en todo el territorio nacional. En 2005, la malaria representaba el 64% de todos los casos y el 65% de todas las muertes reportadas. La tasa de mortalidad varía entre el 15 y el 30%. Los niños menores de cinco años y las mujeres embarazadas representan los grupos de población más vulnerables. La malaria representa aproximadamente el 35% de la demanda de atención médica, el 20% de todos los ingresos hospitalarios, el 40% de las muertes perinatales y el 25% de las muertes maternas.

En el 2015 la tasa de incidencia por provincia se refleja en la Figura 3 a continuación, lo cual reafirma el carácter endémico de la malaria en Angola.

Figura 3 Tasa de incidencia por malaria por provincias. 2015



Fuente: Anuario Estadístico-MINSA-2015

Según datos de 2018 la malaria es la primera causa de muerte en Angola.

En los datos epidemiológicos sobre la malaria en Angola en 2018 presentados por el Coordinador Nacional del Programa de Malaria, Franco Martins, durante el acto central aludiendo al Día Mundial de la Malaria se destaca que:

- La tasa de incidencia en este año citado alcanzó 203 casos / 1000 habitantes, muy superior a la tasa de incidencia de malaria a nivel mundial, la cual disminuyó entre 2010 y 2017, de 72 a 59 casos por cada 1000 personas en riesgo.
- Se registraron 5.9 millones de casos de malaria, lo que, sumado a los datos de 2016 y 2017, totalizó 16,16 millones de casos en los últimos tres años, un período en el cual, según el funcionario, más de 40 000 personas murieron en el país.
- Representa aproximadamente el 20% de las hospitalizaciones en unidades de salud y aproximadamente el 35% de la demanda de atención curativa.
- En 2016, se registraron 15 997 muertes, en 2017 un total de 13967 muertes y 11 814 muertes en 2018. En el último año, la provincia de Luanda lideró las muertes por malaria, con 1845, seguida de Benguela, con 1434.
- Con respecto a la distribución de muertes por grupo de edad, el 51% eran niños de cero a cuatro años y el 27% de cuatro a 14 años.
- La malaria genera el 40 por ciento de las muertes perinatales y el 25 por ciento de la mortalidad materna (<https://observador.pt/2019/04/25/angola>).

Tuberculosis:

En cuanto a la tuberculosis, la tendencia es a aumentar debido a factores de pobreza, asociación con VIH / SIDA, la accesibilidad limitada a la atención

médica debido a la falta de cobertura nacional. El Diagnóstico y tratamiento observado a nivel Institucional(DOTS), una estrategia recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el tratamiento de la tuberculosis, se ha implementado desde 1996, cuya cobertura se estimó solo en 60% en el 2005.

Según informe anual del Plan Nacional de Ciencia y Técnica el número de afectados por esta enfermedad pasó de 43 523 en el 2007 a 61 060 en el 2015.

Como se observa se ratifica la tendencia a incrementarse el número de angolanos con tuberculosis desde el 2010 hasta al 2015. Y el 10,7% de co-infectados con VIH/Sida es muy superior a la cifra fijada por la OMS de 0,2% (Tabla 4 y Tabla 5). Para más detalle puede verse el gráfico en la (Figura 4) el porcentaje de co-infección TB/VIH por provincia en 2015, donde se destacan las provincias de Luanda-Sul, Kuanza-Kubango, Moxico y Cunene con 20 o más porcentaje de coinfección.

Tabla 4 Casos de tuberculosis notificados en todas las formas. 2007-*2015

Ano	Casos Nuevos BK+	Casos Nuevos BK-	TB Extra Pulmonar	Recaídas, Retratamientos e Otros	TOTAL
2007	22.562	14.733	2.911	3.317	43.523
2008	22.562	16.490	3.297	3.584	45.933
2009	22.488	13.755	2.580	3.863	42.686
2010	21.145	17.285	3.780	3.956	46.166
2011	21.703	18.401	4.399	4.444	48.947
2012	23.679	21.226	4.776	6.300	53.426
2013	21.661	26.758	4.835	7.553	60.807
2014	22.046	25.282	3.562	5.826	56.716
2015	23.643	27.202	3.894	6.321	61.060

Fuente: informe anual de PNCT

Bk+: Tuberculosis pulmonar con Bascilocopia positiva

Bk-: Tuberculosis pulmonar con Bascilocopia negativa

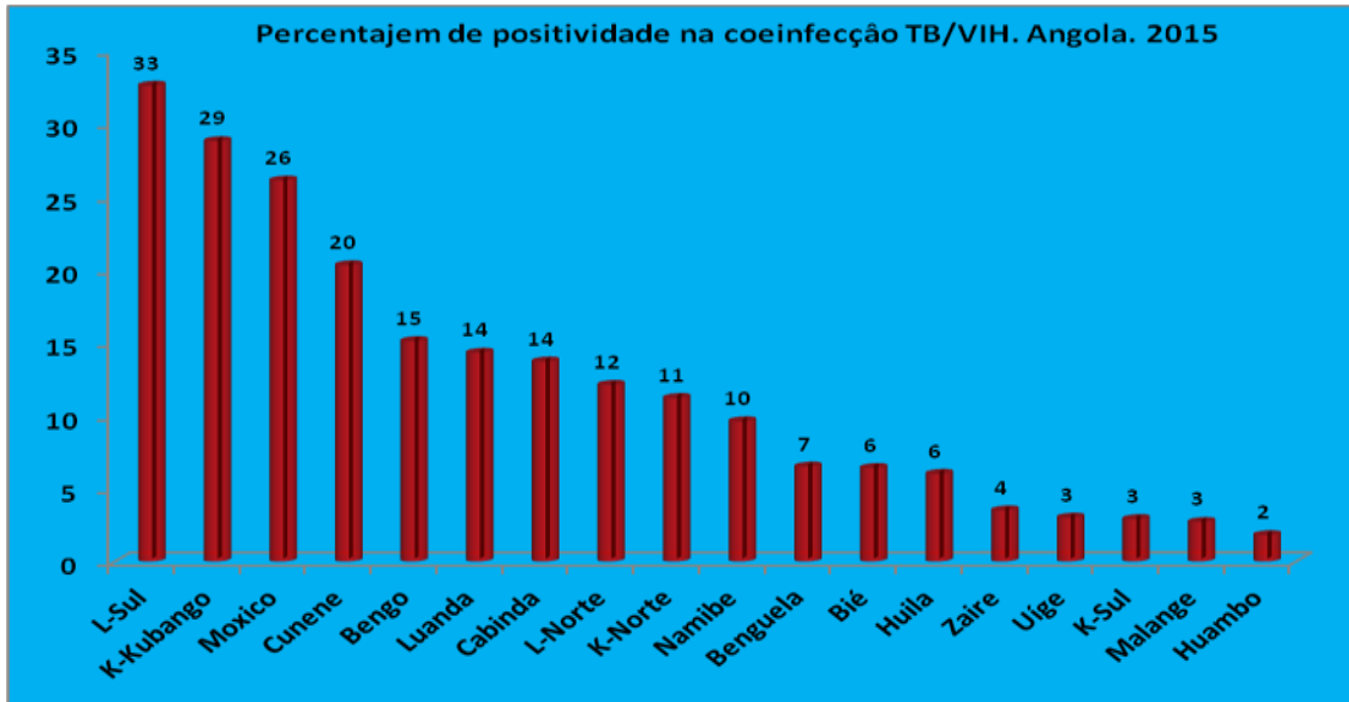
* Casos de retratamiento que incluyen otros casos ya tratados

Tabla 5 Casos de tuberculosis notificados en todas las formas por provincias durante el año 2015.

Provincias	TB Todas las formas	Proporción de Casos (% del total)			Retratamie ntos	Coinfección TB/VIH (%Positiva)
		BK (+)	BK (-)	EP		
Bengo	860	64,1	25,9	3,4	6,6	15,1
Benguela	9.185	42,5	38,3	6,3	12,9	6,5
Bié	2.071	47	23,5	18,3	11,2	6,4
Cabinda	2.084	23	64,1	0,9	12	13,7
Cunene	1.157	55,1	20,8	4,7	19,4	20,3
Huambo	1.904	45,1	42,5	4,3	8,1	1,8
Huíla	4.584	50,2	33,9	5,4	10,5	6
Quando Cubango	965	56,3	41,7	0,3	1,7	28,8
Cuanza Norte	1.190	47,6	40,6	3,4	8,4	11,2
Cuanza Sul	1.334	42,9	45,2	1,3	10,6	2,9
Luanda	23.378	34,6	52,7	6,6	6,1	14,3
L-Norte	1.762	26,6	59,9	2,6	10,9	12,1
L-Sul	849	45,3	13,1	17,8	23,8	32,6
Malange	684	76	13,6	1,3	9,1	2,7
Moxico	1.894	28,4	39	22	10,6	26,1
Namibe	3.479	32,5	27,5	5,8	34,2	9,6
Uíge	1.291	48,3	34,9	4	12,8	3
Zaire	2.389	20,8	76,4	0,9	1,9	3,5
TOTAL CASOS%	61.060	38,7	44,5	6,4	10,4	10,7
Valor de referencia						
% (OMS)		0,7	0,3	0,1	0,05	0,2

Fuente: Anuario Estadístico-MINSA-2015-GEPE / Informe del Mapa de Salud

Figura 4 Porcentaje de coinfección TB/VIH



Fuente: Anuario Estadístico-MINSA-2015. INE

Angola registró en 2018 un total de 57 mil casos, número que la coloca entre las 30 naciones del mundo más afectadas por la enfermedad, y cifra que de no disminuir no permitirá cumplir la meta intermedia hasta el 2020 de la Estrategia Fin a la Tuberculosis de la OMS de llegar a reducir en un 20% el número de casos.

El Informe Mundial sobre la tuberculosis de la OMS destaca que con el diagnóstico oportuno y tratamiento con antibióticos de primera línea durante seis meses, la mayoría de las personas enfermas de tuberculosis pueden curarse y la transmisión de la infección puede frenarse. El número de casos anuales de tuberculosis (y por ende el número de muertes debidas a la enfermedad) también puede aminorarse reduciendo la prevalencia de los factores de riesgo de la tuberculosis (por ejemplo, el tabaquismo, la diabetes y la infección por VIH), ofreciendo tratamiento preventivo a las personas con infección latente por tuberculosis y adoptando medidas multisectoriales sobre los determinantes generales de la infección y la enfermedad (por ejemplo, la pobreza, la calidad de la vivienda y la desnutrición).

Tripanosomiasis:

La tripanosomiasis africana humana (THA) o la enfermedad del sueño amenaza a aproximadamente 1/3 de la población del país. La mosca TSE, vector del parásito tripanosómico Brucei gabienses o rhodosienses, que causa dos formas de la enfermedad, está presente en 14 de las 18 provincias del país. La enfermedad, prácticamente controlada al final de la era colonial (1974/1975), resurgió debido a la inaccesibilidad de las áreas endémicas. Una vez que se ha logrado la paz y con la recuperación progresiva de la infraestructura y el desminado, la prospección activa se ha reanudado con una cobertura de alrededor del 10%, quedando por debajo de la necesidad de un control acelerado de la enfermedad. En cuanto a la lepra, Angola alcanzó el nivel de eliminación de enfermedades como un problema de salud pública, aunque algunos focos de prevalencia persisten por encima del promedio nacional. En 2006, se notificaron 1400 casos. La prevalencia registrada en el mismo año fue de 0,9 casos por cada 10 000 habitantes (Tabla 6).

Lepra:

Tabla 6 Prevalencia de lepra. 2000-2014

Años	% MB	% Niños	% Gr2	Tasa Prev	Tasa Det
2000	-	-	-	2.90	1.79
2001	69	12	13	2.86	1.76
2002	70	11	13	3.64	2.96
2003	68	11	19	2.84	2.21
2004	72	11	10	1.83	1.55
2005	76	9	10	0.93	1.21
2006	76	8	8	0.82	0.67
2007	65	7	7	0.72	0.75
2008	81	12	14	0.73	0.64
2009	81	12	14	0.73	0.64
2010	78	9	-	0.53	0.51
2011	89	7	-	0.58	0.27
2012	90	-	-	0.56	0.16
2013	86	9	13	0.51	0.40
2014	86	9	13	0.51	0.40

Fuente: Reportes de la Dirección Nacional de Salud Pública

HIV-SIDA

Los datos estadísticos de 2015 y 2016 estiman que al menos 310 000 personas viven con VIH / SIDA en Angola, una prevalencia actual del dos por ciento, y con un porcentaje de 66 de transmisión del VIH de madre a hijo, según el Ministerio de Salud.

El secretario de Estado para la salud pública de Angola, José Vieira da Cunha anunció en el Diario Noticias de Angola del 18 de junio 2019, que de las aproximadamente 310 000 personas que viven con VIH / SIDA en el país, solo 75 000 se someten a tratamiento antirretroviral, expresando preocupación por la "alta tasa de abandono de alrededor del 50%".

En cuanto a los indicadores, podemos clasificados en dos escenarios: Positivo y negativo. Positivo si tienen relación, asociación directa con el estado de salud, cuanto mayor sea su magnitud, mejor será el estado de salud de los individuos de esta población ejemplo: la esperanza de vida al nacer es un indicador de supervivencia a largo plazo por lo que se considera un indicador positivo, otro ejemplo es la proporción de casos de TB curados y la cobertura de vacunación o la necesidad de planificación familiar

Se consideran indicadores negativos si tienen relación o asociación inversa con el estado de salud . Cuanto mayor es su magnitud , peor es el estado de salud de esta población ejemplos de indicadores negativos son: tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad materna, tasa de incidencia de VIH/SIDA y proporción de abandono del tratamiento de la tuberculosis

www.Users/manue/Desktop/TESIS-PhD-2023/23-06-2023-tesis/Health_Indicators-June18-pt.pdf

Otros indicadores de Salud.

El análisis más reciente de los indicadores mundiales de salud muestra una mejora significativa en relación con la tasa de mortalidad materna, que pasó de 1400 muertes maternas por cada 100000 nacidos vivos en 2001 a 460 por cada 100 000 nacidos vivos en 2011(MINSA, 2016).

La tasa de mortalidad neonatal en 2001 fue de 98 por 1000 nacidos vivos, reducida a 42 por 1000 nacidos vivos en 2010. La mortalidad infantil disminuyó de 150 muertes por 1000 nacidos vivos en 2001 a 101 en 2011. Mortalidad en

niños menores de cinco años disminuyó de 250 en 2001 a 195 en 2010. La mortalidad de adultos (15 a 60 años) en 2012 fue de 314 por 1000 habitantes en comparación con la tasa promedio de 383 por 1000 habitantes en la región africana (Tabla 7).

Tabla 7 Principales indicadores de salud en Angola en comparación con la región africana según las Estadísticas Mundiales de la OMS 2011

Indicadores	Angola	Região Africana
Esperança de vida	52 Anos	54 Anos
Taxa de Mortalidade Neonatal	42 / 1000 NV	36 / 1000 NV
Mortalidade em menores de 1 ano de idade	116 / 1000 NV	80 / 1000 NV
Mortalidade em menores de 5 anos de idade	195 / 1000 NV	127 / 1000 NV
Mortalidade materna	4,5 / 1000 NV	6,2/1000 NV
Taxa de mortalidade em adultos 15-60 anos de idade	314/1000 Hab	383 / 1000 Hab
Acesso aos serviços de saúde	44,6%	S/I

Fuente: Plan Nacional de Desarrollo Sanitario 2012-2025. Angola.

A pesar de la mejora en los indicadores de salud, Angola todavía tiene una alta tasa de mortalidad materna, infantil y juvenil, una alta incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias, con énfasis en las principales enfermedades endémicas, enfermedades respiratorias y enfermedades diarreicas agudas, un nivel de desnutrición aún elevado en niños menores de 5 años, epidemias recurrentes de cólera, rabia, sarampión y malaria, y un aumento exponencial de las enfermedades crónicas no transmisibles, incluidos los traumatismos causados por el tránsito y la violencia. Las enfermedades transmisibles son responsables de más del 50% de las muertes registradas en la población general (Minsa, 2016).

Entre 2013 y 2016, el sistema de vigilancia epidemiológica detectó cinco epidemias, a saber, fiebre amarilla (888 casos), malaria (3 254 270 casos), sarampión (27 259 casos), rabia (230 casos) y cólera (6655 casos) (Minsa, 2016).

La falta de éxito de las políticas orientadas a mejorar la salud en Angola parecen responder a las limitaciones generales del Sistema Nacional de Salud descritas en el nuevo Plan Nacional de Desarrollo Sanitario 2012-2025,

(Ministério da Saúde de Angola, 2014) que a su vez convierte estas debilidades en los principales ejes de actuación para los próximos años: baja cobertura sanitaria y escasez e inadecuación de la dotación de las unidades de salud; fracaso de la organización en tres niveles del Sistema Nacional de Salud, baja cualificación de los profesionales sanitarios e inadecuada distribución de los mismos, especialmente en áreas rurales y periurbanas; deficitarios sistemas de información y logística y comunicación, insuficiencia de recursos financieros e inadecuación del modelo de financiación; acceso reducido a saneamiento, energía y agua potable.

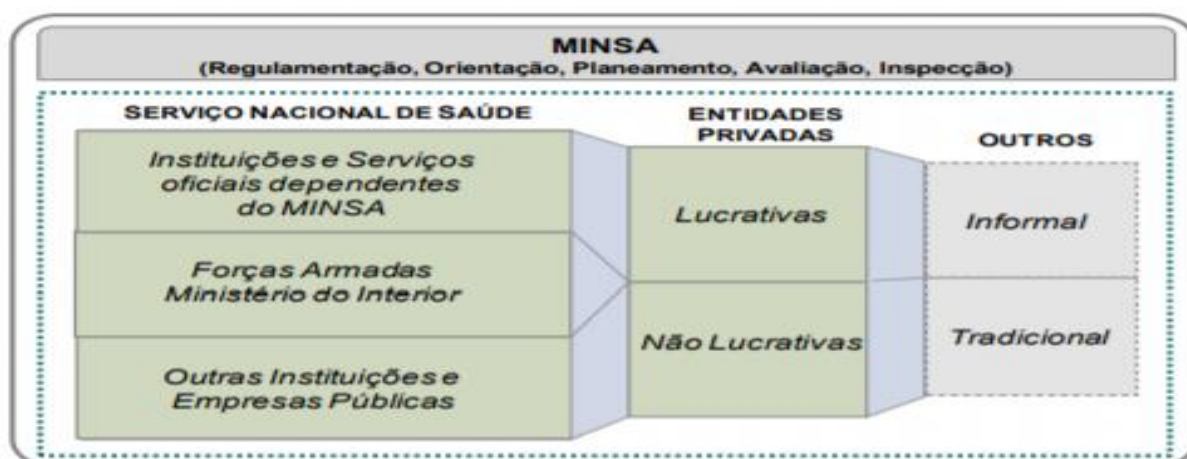
El problema de salud que está experimentando Angola se debe a los factores determinantes de la salud y al bajo rendimiento del sistema nacional de salud. Los servicios de salud enfrentan problemas en la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros, además de estar insuficientemente financiados, lo que constituye un enorme desafío.

Es importante para los indicadores de salud porque es fundamental reconocer que el indicador puede ser un valor real, una proporción o una tasa. Los indicadores de salud (Institucional, estructura, recursos, Calidad) son el producto final del sistema de información para la salud y deben ser definidos única y exclusivamente por el Ministerio de salud, quien es el encargado de elaborar la guía para el cálculo de los indicadores y su recolección en cada nivel de atención, obedeciendo a criterios establecidos por la OMS. Estos indicadores son: Tasa de Mortalidad Materna, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad de menores de cinco años, tasa de fecundidad general y específica según estándares de la OMS. Da Silva, 2003.

1.4- Sistema Nacional de Salud (SNS) de la Republica de Angola.

Los servicios de salud en Angola se prestan a través de un sector público y otro privado, pero también existe un relevante sector de medicina tradicional (fig 5. El sector público es el principal proveedor de servicios de salud a través del Sistema Nacional de Salud, mientras que el sector privado lucrativo se concentra en las áreas urbanas y la medicina tradicional en las rurales (Connor, Averbug, & Miralles, 2010).

Figura 5 Sectores de salud en Angola



Fonte: Adaptado de ANGOLA: Despesas Públicas no Sector Saúde, 2000-2007. MINSA, 2009.

El Gobierno es el principal financiador de la salud a través de los Presupuestos Generales del Estado, si bien es cierto que en la Ley 21-B/92 se estableció la participación de los ciudadanos en las decisiones de gasto en salud. Del gasto sanitario total per cápita en el año 2010, se estima que la contribución fue del 18 por ciento a cargo de los hogares y del 82 por ciento a cargo del gobierno, proporciones que se hallarían en torno a la media de la región del sur de África.

En la apertura del seminario sobre "La modernización de la protección social obligatoria", en marzo del 2019, el secretario de Estado de Trabajo y Seguridad Social de Angola, Manuel Moreira informó los siguientes datos:

“El sistema de Seguridad Social cubre sólo el 24,3 por ciento de la población activa y abarca más de 155 mil contribuyentes y más de 1.740.000 asegurados, refieren datos hasta Diciembre de 2018 del Ministerio de Administración Pública, Trabajo y Seguridad Social.

Los datos demuestran que el país sigue teniendo un número de asegurados por debajo de los dos millones, lo que es inferior a la dimensión real del mercado de empleo que se estima por encima de los 7.500.000 (MAPTSS).

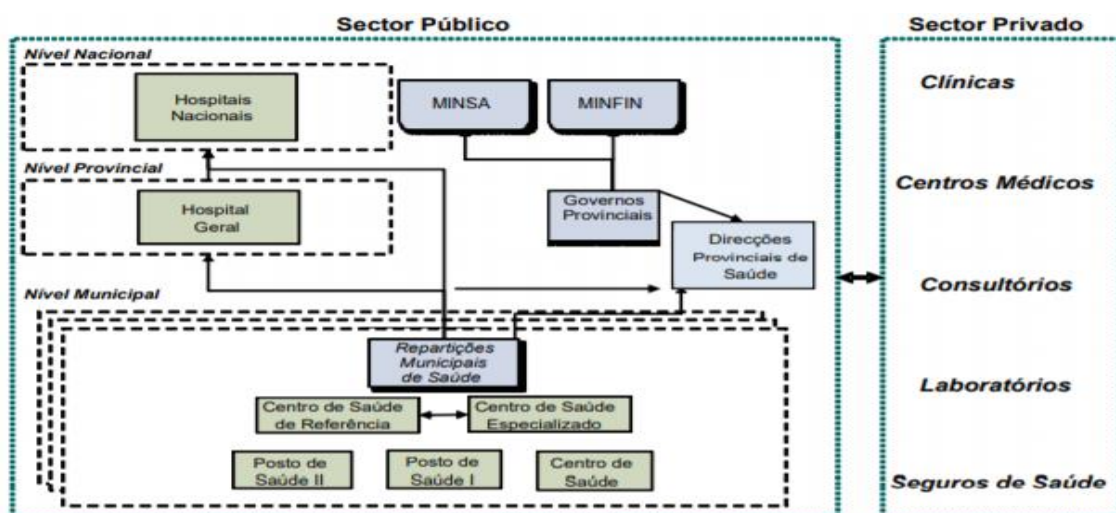
El porcentaje no integra a los asegurados y pensionistas bajo la protección de la caja del Ministerio del Interior y de las Cajas de las Fuerzas Armadas.

La prestación de asistencia sanitaria es un sistema dividido en tres niveles jerárquicos de prestación de asistencia sanitaria (gundo nivel-

Figura 6), basado en la estrategia de desarrollo de la atención primaria.

1. Atención primaria de salud (APS): Representada por centros / puestos de salud, los hospitales municipales, los centros de enfermería y los consultorios médicos que constituyen el primer nivel de contacto de la población con el sistema de salud.
2. Los hospitales generales representan el nivel secundario o intermedio, constituyendo el nivel de referencia de las unidades de primer nivel.
3. Los hospitales terciarios, mono o multipropósito diferenciados y especializados son el nivel de referencia para las unidades de salud en el segundo nivel-

Figura 6 Cuadro ilustrativo del SNS



Fonte: Adaptado do REGUSAP; Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, 2002-2005; GEPE, 2007. Análise

A pesar de la jerarquía establecida, el sistema de derivación y contra derivación no ha funcionado debido a la inversión de la pirámide de asistencia, la interrupción del sistema de salud y el déficit en la cobertura de salud en lo que ha influido el largo conflicto armado que ha experimentado el país.

Ya en el 2009 se reconocía que parte de la red sanitaria aún se encuentra degradada, como consecuencia de la guerra, la baja inversión en construcción y mantenimiento, especialmente en las zonas periféricas, registrándose una proporción de 0,77 camas por mil habitantes y 49 852 habitantes por centro de salud (Dos Santos de Oliveira & Artmann, 2009).

El sistema de salud en Angola refleja una estructura organizativa esencialmente curativa, aún precaria, sin un adecuado desarrollo del proceso de descentralización y del sistema de referencia en el que los distritos, o al menos los municipios, son unidades de fundamental importancia. Esta situación explica la escasez de estructuras intermedias - hospitales provinciales y municipales - y del primer nivel de atención - centros y puestos de salud (Dos Santos de Oliveira & Artmann, 2009).

La atención médica como se ha reiterado es proporcionada por la medicina pública, privada y tradicional.

El sector público es el principal proveedor de atención médica a nivel de país. El sector público incluye el Sistema Nacional de Salud (SNS), los servicios de salud de las fuerzas armadas (FAA) y el Ministerio del Interior, empresas públicas como Sonangol, ENDIAMA, Multiperfil y Girasol.

En la Tabla 8 aparece el número de unidades de salud en el servicio nacional de salud según tipo y por provincia. En total existen 2614 en el 2015, (437 Centros de Salud (CS), 876 Puestos de Salud (PS), 69 Centros Materno Infantil (CMI), 8 Hospitales Nacionales/Centrales, 22 Hospitales Provinciales y 163 Hospitales Municipales). Es significativo que en Luanda, donde vive un tercio de la población angolana solo existan del total el 14% de CS y el 4,2% de PS.

Tabla 8 Número de unidades de salud en el servicio nacional de salud

Provincia	CS	PS	CMI	HN	HP	HM	Otro	Total	%
Bengo	23	71	1	0	1	6	3	105	4,01
Benguela	36	135	3	0	1	15	4	194	7,42
Bié	23	80	6	0	4	14	0	123	4,70
Cabinda	17	80	2	0	1	9	0	109	4,16
Cunene	16	69	0	0	1	6	0	92	3,51
Huambo	45	125	10	0	0	9	2	191	7,30
Huíla	39	161	2	0	4	3	0	205	7,84
CuandoCubango	6	60	0	0	1	10	0	77	2,94
Cuanza Norte	16	85	1	0	1	8	3	114	4,36
Cuanza Sul	22	185	7	0	1	14	16	245	9,39
Luanda	62	79	6	8	5	10	1	171	6,54
Lunda Norte	11	61	0	0	2	7	1	82	3,13
Lunda Sul	13	63	3	0	1	4	0	84	3,21
Malange	15	166	9	0	1	15	3	209	7,99
Moxico	6	88	3	0	1	10	6	114	4,36
Namibe	11	58	0	0	2	6	0	77	2,94
Uíge	56	254	12	0	2	11	0	335	12,81
Zaire	20	56	4	0	1	6	0	87	3,32
Total	437	1.876	69	8	22	163	39	2.614	100

Fuente: Anuario Estadístico-MINSA-2015-GEPE / Informe del Mapa de Salud

CS= Centro de Salud; PS= Puesto de Salud; CMI= Centro Materno Infantil; HN/HC= Hospital Nacional/Hospital Central; HM= Hospital Municipal; HP= Hospital Provincial.

Los gastos de salud pública se estimaron en, aproximadamente, 370 dólares americanos por habitante al año en 2014 (OMS). Es un valor que ha aumentado mucho si se compara con los 30 dólares de 2005. Los gastos públicos en salud representan el 3,8% del PIB en el país y el 7,7% del gasto total. El gasto público en salud representó en 2014 el 66,7% del gasto total en salud (OMS).Minsa, (2006) reconoce que, en términos de equidad y acceso a la

atención médica, la participación de los costos de salud en las instituciones públicas en la línea en que se han implementado es un obstáculo. El sector privado lucrativo está más insertado en las zonas urbanas y la calidad proporcionada es muy inferior, ya que tanto el sector público como el privado comparten los mismos marcos, lo que ha contribuido al déficit de calidad para ambos. En la Tabla 9 se presentan las unidades sanitarias del sector privado por tipo y por provincia en el 2015. Se destaca como dato interesante que Luanda posee el 59,4% de todas y si se le suma las que están en Benguela, Huambo y Huíla este porcentaje es el 76,8% de todas las instituciones privadas.

Tabla 9 Unidades sanitarias privadas registradas en el país por provincia

Provincia	Clínicas	Centros Médicos	Consultorios médicos	Gabinetes Médicos de Especialidad	Laboratorios	Puestos de Enfermería	Total	%
Benguela	7	28	5	3	9	38	90	4,10
Bengo	0	0	0	0	0	2	2	0,09
Bié	2	0	0	0	0	32	34	1,55
Cabinda	8	42	1	0	6	16	73	3,33
Cunene	0	4	4	0	1	5	14	0,63
Huíla	10	51	5	9	10	76	161	7,34
Huambo	5	4	4	3	0	115	131	5,97
Cuanza Norte	0	3	2	0	6	19	30	1,36
Cuanza Sul	1	22	2	0	3	20	48	2,18
Cuando Cubango	2	9	0	0	0	36	47	2,14
Lunda Norte	0	3	0	0	0	55	58	2,64
Luanda	63	558	213	92	62	315	1.303	59,44
Lunda Sul	2	0	2	0	1	18	23	1,04
Namibe	1	3	6	2	0	8	20	0,91
Moxico	1	3	1	1	4	39	49	2,23
Malange	0	4	0	0	3	20	27	1,23
Uíge	3	3	1	0	0	19	26	1,18
Zaire	0	16	3	0	0	37	56	2,55
Total	105	753	249	110	105	870	2.192	100

Fuente: Anuario Estadístico-MINSA-2015-GEPE / Informe del Mapa de Salud

La regulación del sector privado por parte de quienes tienen derecho no se hace sentir porque los precios cobrados por este sector no son monitoreados, lo que afecta la accesibilidad de la población a estos servicios.

Desde 2005, todas las grandes empresas ofrecen algún tipo de cobertura de salud para sus empleados, ya sea en clínicas, ambulatorios de la propia compañía o instalaciones hospitalarias independientes contratadas. Esta cobertura se extiende a los dependientes de los empleados e incluso los empleados del tercer sector –se entiende por tercer sector a las asociaciones y entidades sin ánimo de lucro (ONG's).

El sector privado sin fines de lucro, compuesto por iglesias, organizaciones no religiosas y organizaciones no gubernamentales (ONG), brinda atención de salud en las afueras de las ciudades y en las zonas rurales, a la población pobre y a las comunidades más desfavorecidas. La prestación de atención en condiciones inaceptables practicadas repetidamente por personas sin la calificación mínima se atribuye a una supervisión y control débiles del sector privado.

Queza (2010), estima que hasta 2009, del 30 al 40% de la población tenía acceso a los servicios de salud. Para 2016, el 44% de la población tiene acceso a la atención médica (Minsa, 2016).

En conclusión, la oferta de servicios médicos es variada en las grandes ciudades, especialmente en Luanda gracias a las clínicas privadas, que posee más del 59% de estas estructuras, y limitada en zonas rurales y provincias del interior, todavía es limitada las unidades sanitarias para la atención primaria de salud.

La red pública de salud controlada por la oficina provincial de Luanda está compuesta por 185 unidades de salud, con destaque para 2 hospitales generales, 3 hospitales generales y especializados y 10 hospitales municipales.

Tabla 10 Red pública de salud en la provincia de Luanda - 2022

MUNICIPIOS	HOSPITAIS ESPECIALIZADAS	HOSPITAIS GERAIS	HOSPITAIS MUNICIPAIS	CENTROS DE SAUDE ESP.	CENTROS DE SAUDE REFERENCIA	CENTROS DE SAUDE	POSTO DE SAUDE II	POSTO DE SAUDE TIPO I	TOTAL	%
Belas	0	0	0	0	6	0	6	0	12	6,45
Cacuaco	0	0	1	0	4	1	3	8	17	9,13
Cazenga	0	1	2	0	5	5	1	2	16	8,60
I.Bengo	0	0	1	0	2	4	5	23	35	18,8
K Kiaxi	1	1	1	0	5	4	0	2	14	7,52
Quiçama	0	0	1	0	0	2	6	11	20	10,8
Talatona	0	0	1	0	7	2	6	0	16	8,60
Viana	0	0	1	0	2	5	5	8	23	12,3
M.Luanda	2	0	3	3	8	10	6	3	32	17,2
TOTAL	3	2	11	3	39	33	38	57	186	100

Fuente: Informe anual 2022 de la Oficina Provincial de Salud de Luanda.

La Red Privada Controlada por el Instituto Sanitario está compuesta por 695 estructuras privadas de estas 39 clínicas, 337 Centros Salud, 97 Puestos Salud y 222 Puestos de Enfermería.

Tabla 11- Red Sanitaria Privada en la Provincia de Luanda

Municipios	Clinicas	Centros salud	Postos salud	Postode Enfermagem	Total	%
Belas	2	11	10	9	32	3,31
Cacuaco	1	26	1	21	49	7,05
Cazenga	0	59	2	53	114	16,4
Icolo e Bengo	0	0	0	0	0	00
Kilamba Kiaxi	4	50	5	18	77	11,07
M.Luanda	26	125	57	75	283	40,71
Quiçama	0	0	0	0	0	00
Talatona	5	35	19	10	69	9,92
Viana	1	31	3	36	71	10,2
TOTAL	39	337	97	222	695	100

Fuente: Informe anual 2022 de la Oficina Provincial de Salud de Luanda.

En cuanto a la calidad de los servicios prestados por los dos sectores públicos y privado, aunque no hay estudios comparativos, se cree que las mismas dificultades se comparten en términos de mejora.

La medicina tradicional se encuentra en un incipiente estado de organización, aunque los terapeutas tradicionales son milenarios en África, porque a menudo resultan del conocimiento transmitido de generaciones y siguen siendo un secreto familiar, lo que constituye un obstáculo para la investigación y el desarrollo en esta área.

Aunque no hay un número conocido de pacientes atendidos en el sector, hay evidencia de que muchos usuarios recurren a la medicina tradicional y, a veces, simultáneamente a la medicina occidental, así como a la medicina tradicional china y / o asiática.

La ausencia del marco legal, la falta de integración en el SNS y la articulación de otros proveedores de salud, significa que los valores positivos de la medicina tradicional no se utilizan debidamente en beneficio de la población.

Las medicinas tradicionales se venden en mercados informales y tiendas naturistas, sin ningún control de calidad y en condiciones de conservación inadecuadas.

En conclusión, la medicina tradicional carece de políticas, estructura, leyes y definición clara dentro del Sistema Nacional de Salud. Incluso cuando una buena parte de la población depende de la atención y el tratamiento de esta alternativa, la falta de datos no permite evaluar la contribución de la misma a la salud de las poblaciones.

Se pueden identificar en Angola cuatro perfiles de demandantes de salud: Perfil alto, Perfil Sistema de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de Angola SSFAA, Ministerio de interior y Resto de la población.

El perfil alto lo conforman una pequeña parte de los ciudadanos nacionales (altos cargos de la administración y empresarios) y extranjeros (funcionarios y trabajadores del sector privado expatriados), generalmente titulares de un seguro médico privado de nivel internacional. Dado que no existen

datos, se puede estimar que este grupo lo conforman cerca del 6% de la población.

SSFAA es un subsistema del Sistema Nacional de Salud y tiene como objetivo principal la prestación de la asistencia médica y los medicamentos a los beneficiarios del Sistema de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de Angola (FAA), de conformidad con el artículo 1 del Decreto-Ley N° 38/02 de 26 de julio, el Reglamento de Asistencia Médica y Medicamentos de la FAA. El SSFAA tiene un estimado de la cobertura de cinco millones de beneficiarios. Las unidades sanitarias de la FAA están abiertas para brindar atención médica y medicamentos a la población civil que rodea a las unidades militares, zonas de difícil acceso, así como en las zonas fronterizas con ninguna cobertura de salud de MINSA.

Existe también el subsistema dirigido la atención sanitaria nacional de salud a los empleados del Ministerio del Interior y las “personas en custodia temporal” (prisioneros) por este ministerio.

Y por último el perfil del resto de la población. En este grupo se encuentra el grueso de la población angoleña. Además, la medicina tradicional sigue teniendo un peso importante. En su caso, este grupo poblacional acude al sector público; y solo en casos extremos, acude a redes de solidaridad familiar o tribal, para poder costear servicios médicos privados (Sanjurjo, 2015).

Según Sanjurjo (2015), se ha comprobado, los principales factores a la hora de decidir a qué centro médico acudir en Angola son: el precio en primer lugar, la distancia y por último la calidad del servicio.

1.5 PPS y GRHS en la República de Angola

La mayoría de los países africanos optaron por el universalismo en salud, esto se debe al factor de colonización. Durante la vida de los colonizadores, la salud sirvió más a los intereses de los colonizadores. Los nativos de África dependían de su suerte. La iniciativa privada o pública y privada estaba al servicio de los colonizadores.

La asistencia sanitaria universal como una forma de intervención pública en la que los gobiernos intentaron proporcionar salud para todos ha prevalecido

desde 1970, dando forma a la organización de los servicios nacionales de salud que han logrado éxitos temporales después de la independencia africana. La historia del sistema de salud angoleño se caracteriza por dos fases distintas: el período colonial y la fase posterior a la independencia.

El período colonial va de 1482 a 1975 cuando prevaleció el sistema de salud accesible a los intereses económicos y comerciales de los colonizadores. En este período de colonización, la medicina tradicional fue la base de la sostenibilidad y el tratamiento de los pueblos nativos.

En el panorama del análisis de la evolución histórica del SNS angoleño, destacamos la fase del tercer imperio portugués que va desde 1825 hasta 1975, que tiene como fuente los servicios de salud de Diamang, lo que respalda la idea de que los servicios de salud de las unidades de producción sirvieron a la colonización.

El período posterior a la Segunda Guerra Mundial es notable cuando varias potencias colonialistas, con énfasis en Inglaterra, perdieron su hegemonía y varias colonias del sudeste asiático de 1940 a 1950 y África 1960 fueron obteniendo su independencia, pero Portugal, como nuevo estado mantuvo su política utilizando todos los medios a su disposición.

Varanda, (2004), cita: "Por lo tanto, la salud se convirtió en una de las áreas utilizadas como argumento a favor de la colonización como un ejemplo de la atención brindada a los pueblos indígenas bajo el régimen portugués. Diamang y su servicio de salud fueron presentados por el gobierno portugués como casos ejemplares de colonización portuguesa" (p. 264).

La fase posterior a la independencia estuvo marcada por tres momentos: uno que va de 1975 a 1992, el período del régimen de mono partidos y con la economía centralizada y planificada. El país optó por el sistema socialista y creó el primer Sistema Nacional de Salud (SNS) mediante la ley 9/75 del 13 de diciembre. Garantizando el derecho a la salud para todos sin discriminación, y abolió la actividad privada.

Según Queza (2010) en el período posterior a la independencia, los principios de universalidad y gratificación de la atención primaria de salud

prestados exclusivamente por el estado se establecieron a través del sistema nacional de salud (SNS). Este período también estuvo marcado por la expansión de la red de salud y la escasez de Recursos Humanos en Salud (RHS), con poco más de 20 médicos, causa por la cual el gobierno estatal recurrió a la contratación de profesionales en virtud de los acuerdos de cooperación con varios países.

El cambio en relación con la política de salud se aceleró a partir de la década de 1990 con el objetivo de adaptar el sistema político vigente en el país al contexto internacional de la economía plural, conteniendo gastos y asegurando la sostenibilidad del sistema de salud en Angola.

El segundo momento va de 1992 a 2002, que marcó el surgimiento del régimen multipartidista, abriendo la economía de mercado, combinando reformas políticas, administrativas y económicas, alcanzando el punto más alto en las elecciones generales del 29 y 30 de septiembre de 1992. En 1992, se destaca la creación de la Ley 21-B / 92, de 23 de agosto, que aprueba la Ley Básica del SNS, y el estado angoleño deja de tener exclusividad en la prestación de servicios de salud, con la posterior autorización del sector privado en la prestación de servicios de salud. Es a partir de esta Ley que se introdujo la noción de la participación de los ciudadanos en los costos de salud, manteniendo el sistema que tiende a ser gratuito.

En el período postelectoral se reinició la guerra (terminó el 4 de abril de 2002) más violenta a nivel de las ciudades, con la destrucción de las infraestructuras, incluidas las instalaciones sanitarias. Durante este período el partido ganador de las elecciones decide formar el Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional (GURN), que estuvo en vigor desde 1997-2008, asignando carteras ministeriales a los opositores con énfasis en el Ministerio de Salud, que tuvo Ministros de la Oposición (5 ministros en 11 años) y un Viceministro Coordinador designado por el partido ganador que tenía el poder de decidir debido a la estrategia política del gobierno. Fue en esta etapa cuando las delegaciones municipales y provinciales empezaron a depender de los gobiernos municipales y provinciales y metodológicamente del Ministerio de Salud.

La tercera etapa (2002 - 2015) se caracterizó por una paz real sin guerra y con grandes inversiones en diversas infraestructuras con énfasis en el sector de la salud, la educación y la educación superior con más universidades públicas y privadas y la apertura de más cursos en ciencias de la salud, a saber: medicina, enfermería, análisis clínicos, imagenología, fisioterapia, odontología y psicología clínica.

El GURN tuvo un período de 11 años que culminó en las II elecciones generales de 2008. Con la formación del Nuevo Gobierno, el GURN deja de existir y el Ministerio comienza a ser dirigido por el Partido que ganó las elecciones y luego se inició un proceso tímido de reforma del sector.

Apoyándose en el artículo 120 nº3 de la Constitución de la República de Angola, y mediante el Decreto Presidencial nº 262/2010, se aprueba la Política Nacional de Salud y se revoca toda la legislación anterior que contradiga dicha norma. En ella resalta el objetivo de movilizar todos los recursos humanos, financieros y materiales esenciales en pro de la salud y el bienestar de todos los angoleños. Las III elecciones celebradas en 2012 permitieron la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo de la Salud 2012-2025, que resultó en la municipalización de la salud en Angola, y permitió la expansión de municipios y comunas en términos de infraestructura de salud, dependencia presupuestaria de los administradores.

Durante esta fase de la economía de mercado, caracterizada por el logro de la paz, se tradujo en estabilidad macroeconómica con un intenso esfuerzo de rehabilitación y reconstrucción nacional con grandes ganancias para el sistema nacional de salud debido al aumento de los recursos financieros asignados al sector de la salud, pero con enormes problemas de recursos humanos, de calidad y en cantidad.

Se puede ver que los cambios en el sistema de salud angolano se pueden resumir en uno de los dos modelos híbridos (Beveridgiano y Bismarckian) que originaron los sistemas de protección social en la mayoría de los países desarrollados.

Los sistemas de protección social ocupan un lugar destacado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas. En el objetivo 1.3 se insta a poner en práctica “a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas

de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, para 2030, lograr amplia cobertura de los pobres y los vulnerables”.

En cuanto a los tipos de modelos de gestión presentados anteriormente se puede conjeturar (cuestión que se debe confirmar con el análisis de los resultados de las encuestas y entrevistas) que el más imperante en Angola es el enfoque configuraciones donde el contexto macro social (cultura nacional, relaciones laborales, mercado laboral) es relevante y se diseña y adoptan prácticas de GRH que tienen características de los modelos mercado y flexibilidad.

A la vista de la tipología de Verburg (1998), según Campos Major (2008):

“ ...la realidad observada contiene elementos de dos de los modelos: mercado y flexibilidad. Por un lado, hay menor formalización, mayor centralización y debilidades en términos de inversión en desarrollo de RRHH, lo que constituye un modelo de mercado. Por otro lado, y tomando como denominador común la menor formalización (o al menos, el menor cumplimiento normativo), la formación más estructurada en el segmento público-empresarial y la menor severidad en lo público, configuran el modelo de flexibilidad. Sin embargo, para que esto sea efectivo en la realización de su apuesta con el compromiso, y con el individuo necesitaría más recursos humanos... Es común observar la insuficiente disponibilidad de personal calificado en el mercado”. (p. 73)

En la presente tesis se entiende prudente profundizar en algunos aspectos sobre la Atención Primaria en Salud (APS), ahora en particular para el caso angolano, por un lado, tomando en cuenta lo ya señalado con anterioridad sobre la concentración y problemas de la población angolana de las zonas periféricas urbanas y zonas rurales, así como lo mencionado sobre el tipo de demanda de los servicios sanitarios; y por otro lado, considerando la percepción de la decisiva importancia de la APS para solucionar las situaciones descritas.

Explorando bibliografía sobre lo acontecido en África y Angola, en particular, en cuanto a la APS, resultó muy relevante el artículo de abril del 2009 de Miguel dos Santos de Oliveira “Regionalización de los servicios de salud: desafíos para el caso de Angola”. En este artículo el autor declara:

“En muchos países africanos, a pesar de los esfuerzos que han realizado para llevar la salud a todas las personas, existen enormes dificultades para garantizar el acceso de numerosos grupos de población a los servicios de salud. Esto se debe a la fragilidad organizativa de los sistemas de salud, la crisis económica, la atención inadecuada a los principios de la atención primaria de salud, la escasez de recursos de todo tipo (financieros, humanos, tecnológicos, entre otros) y / o su mala distribución

(Comité Regional Africano & Organización Mundial da Salud, 2006) También están el surgimiento y propagación de epidemias como el VIH / SIDA, la concentración excesiva de recursos en los grandes centros urbanos, los conflictos civiles y la falta, en algunos casos, de la correspondiente voluntad política. Algunos de estos factores están en la base de las dificultades que enfrenta la población de Angola para acceder a la atención médica". (Dos Santos de Oliveira, 2009, p.2)

Para los países de la región, el acceso se facilitaría a través de servicios de salud distritales que funcionen bien, capaces de proporcionar intervenciones esenciales a las comunidades, familias y personas a su debido tiempo y a un costo asequible. Sin embargo, la regionalización de los servicios de salud, también conocida como distritalización, entre otras designaciones, todavía no se considera adecuadamente como una de las estrategias fundamentales para organizar los sistemas de salud en muchos países africanos. Lo mismo ocurre en Angola, donde, aunque tímidamente, se priorizan las inversiones en el nivel de la atención secundaria, lo que agrava las dificultades de acceso y uso de los servicios de salud por parte de la población (Comité Regional Africano / Organización Mundial de la Salud (CRA / OMS)). La discusión del tema cobra aún más relevancia debido a que desde 1999, Angola viene implementando un programa de desconcentración y descentralización administrativa con miras a mejorar el acceso de la población a los servicios públicos (Ministério da Administração do Território, 2007).

"Defendemos para Angola la descentralización de la atención primaria, cuya red incluye puestos de salud, dispensarios y centros de salud con o sin camas, y la regionalización de servicios con mayor densidad tecnológica, como hospitales, atención ambulatoria especializada y servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico de referencia, creando regiones y microrregiones o áreas de salud. En el proceso de construcción de estos espacios territoriales de salud, existe la necesidad de crear e implementar instrumentos y mecanismos que garanticen la articulación entre los servicios de salud de diferentes niveles y diferentes municipios y barrios, en un proceso dinámico y flexible denominado referencia y contra referencia". (Dos Santos de Oliveira, 2009, p.6)

El autor del artículo mencionado también se aventura a presentar varias dificultades para la implementación de la regionalización de la salud en Angola, a saber:

- a) Déficit de profesionales, con especial énfasis en distorsiones en su distribución, con gran concentración en grandes núcleos urbanos y en cinco provincias costeras, donde, por ejemplo, se ubica el 85% de los médicos del país (Fonseca, 2005). La gran dificultad sería a falta de profesionales para la periferia.
- b) La ciudadanía no percibe de inmediato la lógica de la regionalización de la asistencia, que puede generar malentendidos y resistencias en las fases iniciales de la implementación de la estrategia, requiriendo, en paralelo, una gran cantidad de información y educación de la población.
- c) Red de salud deficiente y / o insuficiente, requiriendo grandes inversiones para ampliar la red en los tres niveles de atención, particularmente en el nivel secundario.
- d) Baja calificación del personal administrativo y técnico, falta de actualización de sus conocimientos, desconocimiento de nuevos conceptos de organización y gestión de los servicios de salud. Requeriría una importante inversión en la formación del personal.
- e) Baja motivación de los trabajadores de la salud, debido a los bajos salarios y la falta de mejores incentivos, lo que dificultaría la colocación y fijación de estos profesionales en las áreas del interior.
- f) La realidad sociocultural de determinadas regiones y la previsible injerencia de actores con otros intereses y visiones pueden influir negativamente en los grupos de trabajo técnicos, llevándolos a adoptar, en la práctica, una conducta que no se corresponde plenamente con los deseos del orden técnico.
- g) Deficientes redes de transporte, comunicaciones y otras infraestructuras básicas, que dificultarían la circulación de personas (técnicos y usuarios) y mercancías.
- h) Dificultades en la definición de macrorregiones y microrregiones, debido al atraso y / o desequilibrio en el desarrollo de las provincias, municipios y comunas, provocando que se definan fallas en su conexión con los centros.
- i) Estructura insuficiente y / o deficiente por parte de las administraciones locales para la gestión de sus servicios y subsistemas de salud, que podrían requerir

asistencia externa y una gran capacidad de supervisión de los niveles jerárquicos superiores.

j) Déficit y / o falta de datos confiables que puedan ayudar en la formulación de acciones, lo que puede conducir a errores en la definición de acciones y, como ya se mencionó, dificultar el logro de consensos, algo fundamental para la implementación de la estrategia.

l) Insuficientes recursos financieros y el débil desarrollo de las capacidades de gestión en los diferentes niveles que integran el sistema. El gasto financiero del Estado angolano en salud, del 3,3% del PIB, es manifiestamente insignificante incluso en comparación con el promedio de los países de la subregión, y el 10% del monto referido para inversión no se corresponde con los propósitos de una reforma de salud que requiere una gran inversión inicial de recursos.

Estas deficiencias no son las únicas pues en el Cuaderno sobre políticas de salud en Angola, 2016, aparece un diagnóstico y estudio estratégicos sobre infraestructura, recursos humanos y servicios de salud en la red de servicios de la Iglesia Católica que se hizo en una primera fase en las Diócesis de Benguela, Bié, Huambo, Luanda y Moxico, y después en 2014, se finalizó en todas las diócesis del país; y sus principales conclusiones revelaron que los enfermeros, que aparecen como los principales agentes en la atención primaria de la salud, tienen acceso a pocas acciones de formación y reciclaje en servicio y que tienen poco acceso a libros y bibliografía de referencia que les permita una actualización de conocimientos, principalmente fuera de las zonas urbanas.

El autor de la presente tesis coincide con muchos autores especializados en el tema en que a pesar del aún pobre desempeño del sistema de salud de Angola, la implementación gradual de la regionalización, que es base para poder implementar una atención primaria en salud adecuada, y que tenga en cuenta las realidades y circunstancias político-administrativas, epidemiológicas, económicas, culturales, gerenciales, cognitivas locales, representa una estrategia adecuada para mejorar el acceso a la atención médica, en particular para los grupos económicamente desfavorecidos. Además, puede mejorar el proceso de descentralización en curso.

1.6 Recursos humanos de salud en la República de Angola

Analizar las políticas de salud pública exige analizar el desempeño del recurso humano, o mejor dicho del capital humano en su implementación, ya que son los principales protagonistas de los procesos. La herencia de cualquier organización es el trabajador. Las personas son el gran motor de desarrollo para la mayoría de las organizaciones. Las personas tienen sus propias habilidades, comportamientos, energía personal y tiempo. Estos elementos crean capital humano, la moneda que las personas aportan para invertir en su actividad. Son los trabajadores, no las organizaciones, quienes tienen este capital humano. (Davenport, 2001).

“Los recursos humanos en salud (RHS) en Angola, han aumentado progresivamente para satisfacer la enorme demanda existente. En 1980, existían en Angola 101 médicos angolanos, 460 médicos expatriados y 573 enfermeros y técnicos expatriados” (Queza, 2010, p.4). los médicos e técnicos expatriados ellos eran desde los países socialistas (Soviéticos, cubanos, búlgaros vietnamitas e corea del norte).

En el libro Angola: Gasto Público en el Sector de Salud (2000-2007) del Gabinete de Estados de Planeamiento y Estadística del Ministerio de Salud de Angola se informa que Angola tenía cerca 1458 médicos (nacionales e extranjeros) (Cassoma & Vinyals, 2007) más de 70% concentrados en la capital, Luanda, y sus alrededores, con cerca de 5 millones de habitantes, un tercio de la población angolana; en general, el país contaba con 0,64 médicos a nivel nacional para cada 10 mil habitantes (Cassoma & Vinyals, 2007). Se observa también una elevada concentración de enfermeros y de otros profesionales de la salud en Luanda, siendo el coeficiente nacional de 12,19 enfermeros por 10 mil habitantes (Cassoma & Vinyals, 2007), inviabilizando el refuerzo de las redes locales de salud y la intensificación de intervenciones prioritarias de salud que respondan a las necesidades de las comunidades locales.

También destaca que en general, se verifica una profunda asimetría en la distribución espacial de los servidores civiles del Estado, particularmente con los su universos de personal técnico superior y técnico: 72% del primero y 81%

del segundo se encuentran en la capital, y se concluye que es profunda la debilidad institucional en la mayoría de las provincias de Angola(Fonseca, 2005).

Según datos del Plan Nacional de Desarrollo Sanitario, última actualización de abril de 2014, en total, se calcula que el país tiene 3541 médicos (incluidos los profesionales que trabajan en cooperación con otros países), 34 300 enfermeros y 6 414 técnicos de diagnóstico y terapéuticos para servir a toda la población. Solo existen aproximadamente 17 enfermeros y técnicos de diagnósticos y terapéuticos por cada 10 000 habitantes (tabla 12 e 13).

Tabla 12 Distribución del personal de salud por provincia

Provincia	Médicos	Enfermeros	Administrativos	Auxiliares
Bengo	129	969	201	249
Benguela	234	3.214	664	766
Bié	97	2.581	469	609
Cabinda	146	1.270	461	394
Cunene	69	1.099	327	337
Huambo	233	3.920	642	422
Huíla	170	1670	764	647
Quando Cubango	41	843	240	357
Cuanza Norte	105	928	431	371
Cuanza Sul	141	1.586	625	353
Luanda	1.053	8.391	3.504	3.298
Lunda Norte	80	700	364	180
Lunda Sul	58	703	190	379
Malange	94	1.184	526	407
Moxico	75	1.013	186	468
Namibe	61	1.250	287	165
Uíge	85	1.409	487	510
Zaíre	66	854	173	153
Total	2.937	33.584	10.541	10.065

Fuente: Anuario Estadístico-MINSA-2015-GEPE / Informe del Mapa de Salud

Tabla 13 Distribución de enfermeros y TDT por provincia por cada 10000 habitantes

Provincia	Enfermeros	TDT	Total	10.000 Habit.
Bengo	969	175	1.144	32,54
Benguela	3.214	553	3.767	18,49
Bié	2.581	98	2.679	20,01
Cabinda	1.270	380	1.650	23,97
Cunene	1.099	61	1.160	12,02
Huambo	3.920	428	4.348	22,93
Huíla	1.670	499	2.169	9,21
Quando Cubango	843	13	856	16,77
Cuanza Norte	928	50	978	22,85
Cuanza Sul	1.586	340	1.926	10,74
Luanda	8.391	2.697	11.088	16,95
Lunda Norte	700	59	759	9,49
Lunda Sul	703	71	774	15
Malange	1.184	54	1.238	12,79
Moxico	1.013	98	1.111	15,27
Namibe	1.250	511	1.761	37,34
Uíge	1.409	127	1.536	10,77
Zaire	854	497	1.351	23,82
Total	33.584	6.611	40.295	16,53

Fuente: Reportes de la DNRH

Para tener una idea aproximada, estas cifras significan que mientras que un país como España hay 37 médicos cada 10 000 personas en 2014 (datos de la OMS), Angola no llega a 2 médicos por cada 10 000 personas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que el país disponga de un médico por cada 1000 habitantes, lo que obliga a Angola a la formación continua de nuevos doctores para conseguir este objetivo.

Ya en marzo del 2018 se afirma que Angola cuenta con 6400 médicos para una población de 28 millones de habitantes. Es decir, un médico por cada

4000 habitantes. Según la ministra de Sanidad, Silvia Lutucuta, este dato demuestra que “el personal es insuficiente” y defiende “una mayor apuesta en la formación de profesionales”.

De los cuatro factores que afectan el SNS Queza, 2010 cita dos fundamentales:

- Fuerza especializada reducida.
- Gestión débil de los recursos disponibles.

Se puede hacer fácilmente un análisis de estos dos factores: si el Sistema Nacional de Salud tiene una fuerza laboral especializada reducida, mal distribuida y los recursos puestos a su disposición están mal administrados, incluidos los pocos especializados, es difícil esperar una implementación efectiva de las políticas públicas en el sector.

Esta situación se corrobora en el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario 2012-2015 cuando reconoce que uno de los desafíos más complejos del Sistema Nacional de Salud de Angola es la reducción de las asimetrías para permitir acceso de la población a la atención médica, pues actualmente, el 45% de la población angolana reside en el rural, sin embargo, menos del 15% de los recursos humanos se encuentran en estas áreas. Esta distribución asimétrica tiene como consecuencia principal la inequidad en el acceso a la atención de salud.

CAPÍTULO II

Metodología

Desde mediados del siglo XIX hasta nuestros días progresivamente se ha ido introduciendo el término investigación cualitativa. Han ido surgiendo toda una serie de formas de investigar contrapuestas a otras formas incipientes de investigación empírica cercanas a un enfoque positivista.

La concepción de investigación cualitativa en la presente tesis no se reduce al uso del término cualitativo, que simplemente hace referencia al tipo de datos que se maneja y deja que, subrepticamente, se vaya introduciendo algo realmente incierto como es que los investigadores cualitativos no cuantifiquen, midan o cuenten algo. En definitiva, bajo el concepto de investigación cualitativa se engloba a toda una serie de tendencias en la investigación, cada una de ellas con sus características diferenciales. El autor del presente trabajo prefiere utilizar el término investigación cualitativa para situar bajo el mismo toda esta gran diversidad de enfoques y corrientes de investigación: estudio de campo, investigación naturalista, etnografía, etc.

Desde una perspectiva sociológica Bogdan y Biklen (1982) sitúan las raíces de la investigación cualitativa, dentro del seno de los Estados Unidos, en el interés sobre una serie de problemas de sanidad, asistencia social, salud y educación cuyas causas es preciso buscarlas en el impacto de la urbanización y la inmigración de grandes masas.

Aunque las raíces históricas de la investigación cualitativa podemos encontrarlas en la cultura grecorromana con los trabajos de Herodoto (Erickson, 1973), no es hasta finales del siglo pasado cuando comienzan a emplearse los métodos cualitativos de una forma consistente. (Taylor y Bogdan, 1986).

Una primera definición de la investigación cualitativa, aportada por Denzin y Lincoln (1994:2), destaca que “es multimetódica en el enfoque, implica un enfoque interpretativo, naturalista hacia su objeto de estudio”. Sin lugar a dudas, La investigación cualitativa posee un enfoque multimetódico en el que se incluye un acercamiento interpretativo y naturalista al sujeto de estudio, lo cual

significa que el investigador cualitativo estudia las cosas en sus ambientes naturales, pretendiendo darle sentido o interpretar los fenómenos en base a los significados que las personas les otorgan.

Es oportuno declarar que el método principal utilizado en el presente trabajo es la etnografía, que es uno de los métodos más relevantes que se vienen utilizando en investigación cualitativa. Consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal como son expresadas por ellos mismos y no como uno los describe. (González y Hernández, 2003).

Guba y Lincoln (1994) y Angulo (1995), destacan que existen una serie de niveles de análisis que permiten establecer unas características comunes de esta diversidad de enfoques y tendencias. Estos niveles son los siguientes: ontológico, epistemológico, metodológicos, técnico/instrumental y contenido.

Denominamos nivel ontológico aquel en el que se especifica cuál es la forma y la naturaleza de la realidad social y natural. Desde este nivel, la investigación cualitativa se define por considerar la realidad como dinámica, global y construida en un proceso de interacción con la misma.

Desde el plano epistemológico se hace referencia al establecimiento de los criterios a través de los cuales se determinan la validez y bondad del conocimiento. Así, desde esta perspectiva epistemológica, frente a la vía hipotético-deductiva implantada mayoritariamente en el campo de la investigación, por lo general, la investigación cualitativa asume una vía inductiva. Parte de la realidad concreta y los datos que ésta le aporta para llegar a una teorización posterior.

En un plano metodológico se sitúan las cuestiones referidas a las distintas vías o formas de investigación en torno a la realidad. Desde este nivel los diseños de investigación seguidos en la investigación cualitativa tendrán un carácter emergente, construyéndose a medida que se avanza en el proceso de investigación, a través del cual se puedan recabar las distintas visiones y perspectivas de los participantes. Los procesos, al igual que los diseños de

investigación cualitativos, a menudo emergen de la reflexión del investigador tras sus primeras aproximaciones a la realidad objeto de estudio.

Desde un nivel técnico, preocupado por las técnicas, instrumentos y estrategias de recogida de información, la investigación cualitativa se caracteriza por la utilización de técnicas que permitan recabar datos que informen de la particularidad de las situaciones, permitiendo una descripción exhaustiva y densa de la realidad concreta objeto de investigación.

2.1 Métodos generales de investigación utilizados.

Tomando en cuenta que según Ramón Ruíz “El método científico es el procedimiento que se sigue en la investigación para descubrir las formas de existencia de procesos objetivos, revelar sus conexiones internas y externas, generalizar y profundizar los conocimientos así adquiridos, para conseguir demostrarlos con rigor racional”.

Los métodos de investigación son el camino para lograr el conocimiento científico, son un procedimiento o conjunto de procedimientos que sirven como instrumento para lograr los propósitos de la investigación. (Bisquerra, 1989).

Fueron utilizados los métodos teóricos: histórico-lógico, análisis-síntesis, inducción-deducción. Y como métodos empíricos, la observación, encuestas, entrevistas a profundidad, la medición y métodos descriptivos estadísticos.

El análisis de documentos fue la técnica fundamental de investigación utilizada, la cual permitió la recogida de información. Y este análisis se fue enriqueciendo con las experiencias y opiniones obtenidas de las encuestas y entrevistas.

Los métodos empíricos revelan y explican las características fenomenológicas del objeto.

La observación es un elemento fundamental de todo proceso de investigación; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. Este método al autor de esta tesis, como trabajador angolano por 34 años

en el Sistema de Salud , desde 1987, le permitió conocer la situación problemática de la gestión de recursos humanos en salud y lo más importante; comprender la necesidad de utilizar métodos científicos para estudiarla y concebir la presente investigación. Y además, se utilizó en específico, con el objetivo de observar in situ, en el Centro de Salud de Sequele el desarrollo de una sesión de trabajo para poder describir e interpretar la labor en un centro de la periferia de atención primaria en salud.

Las encuestas aplicadas a una muestra de informantes seleccionada intencionalmente, fueron auto cumplimentado, con combinación de preguntas abiertas y preguntas con alternativas fijas.

La primera encuesta aplicada (Anexo No. 1), a partir del modelo usado por Olivera (2020) permitió un primer análisis de determinados indicadores según la dinámica del personal sanitario desde la perspectiva del ciclo de vida laboral de la OMS con énfasis en la recogida de datos sobre la gestión de recursos humanos en salud en cuanto a la planificación, contratación, formación, gestión del desempeño y el proceso de salida. Teniendo en cuenta que este primer análisis resultó limitado en cuanto a la valoración de los períodos analizados (1975-1992 y 1992- 2015), se elaboró una segunda encuesta (Anexo No.2) para aumentar la muestra en función de encuestar no sólo a más médicos, técnicos y enfermeros, y jefes sino también a profesores de instituciones de salud y profundizar en los resultados obtenidos al obtener mayor número de información de indicadores ya investigados en la primera encuesta e introducir otros relacionados con la gobernación y planificación, sistema de información, formación inicial, relación entre ministerios, promoción de carreras, reforma y el conocimiento de los planes de desarrollo sanitario del gobierno angolano y el cumplimiento de sus metas.

Además, fueron realizadas dos entrevistas a profundidad. Procurando más conocimiento y valoración, sobre documentos relacionados con la gestión de recursos humanos en salud de Angola se seleccionó informantes claves para una primera entrevista a profundidad (Anexo No. 3). Y tomando en cuenta lo señalado con anterioridad sobre la observación se llevó a cabo una entrevista a profundidad (Anexo No.4) a un médico clínico general en un Centro de Salud de

Sequele, y a un licenciado en enfermería que trabaja en el MINSA, con el objetivo de profundizar en aspectos relacionados con la APS.

En todas estas técnicas a partir de la segunda, fueron incluidos aspectos de la APS. Todo esto permitió proponer acciones y recomendaciones para mejorar las propuestas nacionales relacionadas con las políticas públicas de gestión de recursos humanos en salud.

La medición como método empírico permitió valorar mediante diferentes escalas la calidad del desempeño, la satisfacción y la formación del personal sanitario.

El método histórico-lógico es un método de investigación a través del cual se fundamentó teóricamente el objeto de la presente investigación, en ese sentido fueron recorridas las diferentes etapas de las políticas públicas de salud y de gestión de recursos humanos en salud en el mundo y para el caso particular de la República de Angola en su sucesión cronológica para mostrar su evolución y desarrollo con el fin de descubrir tendencias.

Otros métodos teóricos muy utilizados fueron el análisis y la síntesis. Estos fueron de particular importancia para entender la dinámica del personal sanitario desde el proceso del ciclo de vida laboral de la OMS en la República de Angola en su relación con los componentes o subsistemas del Sistema de Gestión de Recursos Humanos a partir de las informaciones recogidas empíricamente por las diferentes fuentes mencionadas y así poder arribar a tendencias y a partir de estas aportar recomendaciones de acciones para incluir en los planes de desarrollo sanitarios.

La inducción y deducción permitieron a partir del análisis de las informaciones empíricas individuales, en su relación con los documentos que fijan objetivos, acciones y metas generales cumplir con la hipótesis del presente trabajo.

Los métodos descriptivos estadísticos de tablas de frecuencias, gráficos y reducción de la información mediante el cálculo de características numéricas fueron utilizados en la caracterización de las muestras y en el análisis de

resultados a partir de la información recogida mediante las encuestas, entrevistas y documentos.

La triangulación de fuentes.

Una de las características más importantes de las técnicas cualitativas de investigación es que procuran captar el sentido que las personas dan a sus actos, a sus ideas, y al mundo que les rodea. Un criterio importante a tener en cuenta es la credibilidad, criterio de rigor que toda investigación cualitativa debe tener. Equivale al concepto de validez interna, es decir, que se reconozca o que se crea que nuestras conclusiones responden a la realidad que se estudia. Existen unas estrategias para asegurar la credibilidad:

1. La triangulación, que es la observación permanente de espacio, tiempo y métodos.
2. Recogida de material para contrastar información.
3. Coherencia interna del informe de investigación.
4. Comprobaciones de los participantes.

En este sentido se coincide con Víctor Miguel Niño, (2011) cuando afirmó que en la metodología cualitativa: La técnica más empleada para asegurar la validez y credibilidad es el principio de triangulación, defendido por varios autores (Briones, 1998; Cerda, 2000; Bell entre otros). Se podría entender como “la verificación de la existencia de determinados fenómenos y la veracidad de las explicaciones individuales mediante la recolección de datos de una serie de informantes y una serie de fuentes, para posteriormente comparar y contrastar una explicación con otra, con el fin de elaborar un estudio lo más equilibrado posible” (Open University Course E811, 1988, citado por Bell, 2002)”.

Si hay algo común a los diferentes enfoques cualitativos es el continuo proceso de toma de decisiones a las que se ve sometido el investigador. En este

caso es importante reiterar que el autor de este trabajo durante el proceso de investigación se vio precisado a usar varias fuentes para la recogida de la información y su posterior análisis, que completó con la triangulación del análisis de documentos, la primera encuesta aplicada, a partir del modelo usado por Olivera (2020), la segunda encuesta y la entrevista a profundidad, elaboradas estas dos últimas por el autor de esta tesis.

2.2 El modelo de «ciclo de vida laboral», los componentes o subsistemas del Sistema de Gestión de Recursos Humanos y su relación con las encuestas y entrevistas.

Se coincide con Reveré (1993) cuando plantea: “...las grandes dificultades que existen en los Ministerios de Salud para definir la especificidad del campo de Recursos Humanos, lo que se repite en los organismos internacionales, podrían atribuirse en parte a una inadecuada representación del campo”.

El autor de la presente investigación coloca este campo en sus múltiples dimensiones como objeto de reflexión y como objeto de transformación. “Ese extraño objeto a su vez se compone de sujetos lo que hace de toda reflexión sobre recursos humanos una autorreflexión” (Reveré, 2006, pág. 51). Existe entonces en las denominaciones del campo una perspectiva de objetos (Recursos humanos y fuerza de trabajo en salud) y una perspectiva de sujetos (profesionales de salud, personal de salud, trabajadores de salud, agentes de cambio, actores y fuerza social).

El campo incluye a los que estudian o trabajan para producir servicios de salud, luego por extensión, teniendo en cuenta lo ya señalado sobre la APS, puede abarcar a toda la población en tanto sujeto del cuidado de su propia salud y de su familia, al considerar la importancia de la medicina familiar, comunitaria y de la participación social.

Dentro de esta complejidad se debe tener en cuenta su naturaleza intersectorial. En un sentido estricto la gestión de recursos humanos en salud puede centrarse en el personal que trabaja en los servicios de salud, en particular en las grandes redes del estado y la seguridad social. Esta concepción limita este campo a la administración del personal. Se coincide con Reveré, (2006) que plantea: ...no es posible separar el campo de formación y el de utilización, así a los tradicionales estudios de educación médica y salud, se le agregaron enfoques de mercado de trabajo que por definición obligan a analizar las interfaces entre la “oferta” de mano de obra calificada (la mayor parte de la cual surge del sector educación) y la “demanda” de esa fuerza de trabajo (la mayor parte de la cual pero no toda, es empleada en el sector de salud) (pág. 54).

Se coincide con la Organización Panamericana de Salud (OPS) que en la reunión de Río (OPS, 1990) este enfoque de intersectorialidad se amplió de un enfoque de desarrollo de un factor productivo a un campo de estudio e intervención intersectorial (Educación, Ciencia y Tecnología, Trabajo y Salud). Y de un componente de planificación de la salud a una nueva perspectiva de análisis sobre el sector de salud.

Estas dificultades señaladas, y la carencia de estudios en la República de Angola sobre las políticas públicas en salud en el dominio de la gestión de recursos humanos en salud exigieron al autor de la presente tesis la búsqueda de un modelo de análisis internacionalmente establecido y aplicado ya en otros países que sirviera de base científica en la presente investigación.

De esta manera la Gestión de Recursos Humanos de Salud, se analizó prioritariamente desde dos perspectivas: como un proceso orientado según las fases del ciclo de vida laboral del personal sanitario de la OMS en el Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos. (Dal Poz, 2009); y a partir de los componentes o subsistemas que incluye el Sistema de Gestión de Recursos Humanos (O'Neil, 2014).

Se impone entonces hacer una descripción del modelo de «ciclo de vida laboral» propuesto por la OMS, el cual se centra en estrategias relacionadas con la etapa en la que las personas ingresan en la fuerza de trabajo (etapa de entrada) el periodo de sus vidas durante el que forman parte de ella, (etapa laboral) y el momento en el que la abandonan (etapa de salida)².

Tomando en cuenta esta perspectiva como un proceso complejo, el esquema de formación, sostenimiento y permanencia del personal (Figura 7) plantea la estrategia desde una perspectiva a la vez individual (del trabajador) y sistémica. En general, los trabajadores están preocupados por interrogantes como los siguientes: ¿Cómo puedo conseguir un trabajo? ¿Qué tipo de formación necesito? ¿Qué trato y qué remuneración recibo? ¿Cuáles son mis perspectivas de ascenso o mis posibilidades de abandonar el trabajo?

² Se entendió prudente por su carácter básico para la investigación presentar de manera íntegra el epígrafe 1.4 del Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud de la OMS.

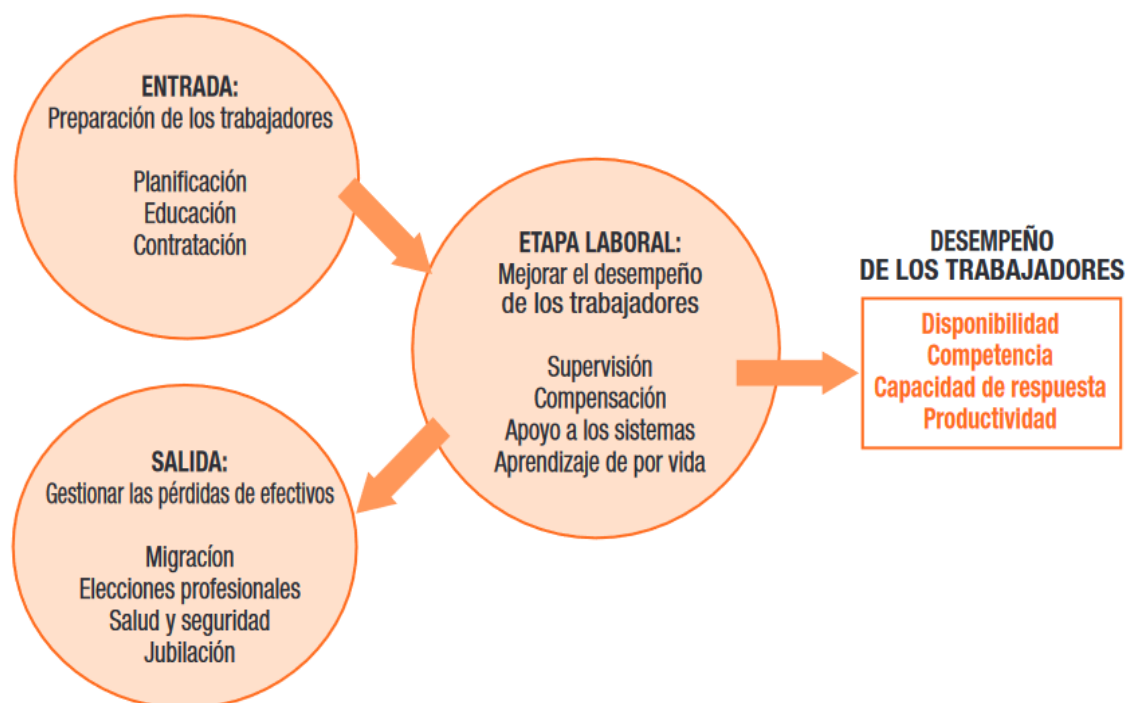
Desde el punto de vista de las políticas y la gestión, el marco se centra en modular el papel desempeñado por los mercados de trabajo y por la intervención estatal en coyunturas decisorias clave: Entrada: preparación del personal mediante inversiones estratégicas en formación y en prácticas de contratación eficaces y éticas. Etapa laboral: mejora del desempeño de los trabajadores mediante una mejor gestión de éstos tanto en el sector público como en el privado. Salida: gestión de la migración y de la reducción natural de efectivos

Del ciclo de vida laboral para limitar las pérdidas de recursos humanos.

Figura

7

Estrategias



Fuente: Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, (2009).

Entrada: preparación del personal sanitario. Un objetivo fundamental del desarrollo del personal sanitario es producir un número suficiente de trabajadores calificados con competencias técnicas y cuyos orígenes, idioma y atributos sociales los hagan accesibles y capaces de llegar a clientes y poblaciones diversos. Para lograrlo, es preciso planificar y gestionar activamente el sistema de producción de personal sanitario, centrándose en desarrollar

instituciones docentes sólidas, fortaleciendo la reglamentación profesional y revitalizando la capacidad de contratación.

Desarrollar instituciones docentes sólidas es una medida fundamental para lograr profesionales en número suficiente y con las calificaciones que requiere el sistema sanitario. Aunque las variaciones son enormes entre los países, las 1600 facultades de medicina, las 6000 escuelas de enfermería y las 375 escuelas de salud pública del mundo, en conjunto, no están produciendo bastantes titulados. Para corregir las escaseces habrá que construir nuevas instituciones y conseguir una combinación más adecuada de oportunidades de formación (por ejemplo, se necesitan más escuelas de salud pública). En consonancia con el cambio en las expectativas de los titulados, que ya no consisten en «saber todo», sino en «saber cómo», la mejora de la formación exige prestar atención tanto al contenido de los planes de estudio como a los métodos pedagógicos. También el personal docente necesita formación, apoyos más fiables e incentivos profesionales, para alcanzar un mejor equilibrio con las demandas de la investigación y los servicios, que compiten por los mismos recursos. Se puede incrementar el acceso a la formación con un menor costo mancomunando los recursos a escala regional y ampliando el uso de tecnologías de la información como la telemedicina y la educación a distancia.

- Garantizar la calidad de la formación supone instaurar la acreditación institucional y la regulación profesional (autorización para ejercer, reconocimiento del título o inscripción). El rápido crecimiento del sector privado en el ámbito de la formación reclama una rectoría innovadora que potencie al máximo la utilidad de las inversiones privadas y que fortalezca al tiempo el papel del Estado en la regulación de la calidad de la enseñanza. Las estructuras de reglamentación, tan a menudo ausentes o ineficaces en los países de bajos ingresos, rara vez se desarrollan lo bastante como para poder velar por la calidad, la capacidad de reacción y el ejercicio ético. Es necesaria la intervención estatal para fijar normas, proteger la seguridad del paciente y garantizar la calidad mediante la provisión de información e incentivos económicos y la aplicación de la reglamentación.
- Revitalizar la capacidad de contratación es una medida necesaria para gestionar más eficazmente demandas del mercado de trabajo que a menudo no tienen en cuenta las necesidades de salud pública. Los servicios de contratación y

colocación deberían procurar no sólo situar a los trabajadores con las capacidades adecuadas en el lugar correcto y en el momento oportuno, sino también lograr una mejor compatibilidad social entre trabajadores y clientes en lo que se refiere a sexo, idioma, origen étnico y ubicación geográfica. Merece la pena prestar especial atención a los puntos débiles de las instituciones en lo relativo a información sobre contratación y despliegue eficaz de los trabajadores sanitarios, sobre todo allí donde haya expectativas de ampliar los efectivos de personal sanitario.

Etapas laborales: mejorar el desempeño de los trabajadores. Las estrategias encaminadas a mejorar el desempeño del personal sanitario deben centrarse inicialmente en los efectivos existentes, porque la formación de nuevos trabajadores lleva tiempo. Se pueden lograr rápidamente mejoras considerables de la disponibilidad, la competencia, la capacidad de reacción y la productividad de este colectivo mediante la aplicación de varios instrumentos prácticos y poco costosos.

- La supervisión logra notables mejoras. Una supervisión que brinde apoyo, pero sea a la vez firme (e imparcial), constituye uno de los instrumentos más eficaces para mejorar la competencia individual de los trabajadores sanitarios, especialmente cuando va unida a descripciones claras de las tareas e información sobre el desempeño. Puede propiciar, además, la integración práctica de nuevas capacidades adquiridas a través de la formación en el servicio.
- Una compensación justa y fiable. Es fundamental que los trabajadores reciban una remuneración aceptable y puntual. La forma que adopte (por ejemplo, salario u honorarios por servicio) tiene efectos sobre la productividad y la calidad de la atención que es preciso vigilar estrechamente. Los incentivos económicos y de otro tipo, como permisos de formación o servicios de guardería, son más eficaces cuando se incluyen en conjuntos de prestaciones que cuando se ofrecen solos.
- Sistemas básicos de apoyo. Por motivados y capacitados que estén los trabajadores sanitarios, no podrán desempeñar adecuadamente su labor en instalaciones que no dispongan de agua limpia, una iluminación suficiente, calefacción, vehículos, medicamentos, equipos que funcionen y otros suministros. Las decisiones sobre la introducción de nuevas tecnologías (de

diagnóstico, tratamiento o comunicación) deberían basarse en parte en una evaluación de sus implicaciones para el personal sanitario.

- La noción de aprendizaje de por vida debe inculcarse en el lugar de trabajo. Puede consistir en proporcionar formación a corto plazo, animar al personal a innovar, e impulsar el trabajo en equipo. A menudo, los trabajadores conciben soluciones sencillas, pero eficaces, para mejorar el desempeño, por lo que hay que alentarlos a que comuniquen sus ideas y actúen basándose en ellas.

Salida: gestión de la migración y las pérdidas naturales de efectivos. Las salidas no planificadas o excesivas pueden originar pérdidas considerables de trabajadores y poner en peligro el conocimiento, la memoria y la cultura del sistema. En algunas regiones, las enfermedades, los fallecimientos y la migración de los trabajadores constituyen una sangría que supera con mucho la capacidad de formación y amenaza la estabilidad de la fuerza de trabajo. Para contrarrestar las pérdidas naturales de efectivos se cuenta con estrategias como gestionar la migración, convertir las profesiones sanitarias en profesiones de elección, y atajar las enfermedades y las jubilaciones prematuras.

- Gestionar la migración de los trabajadores sanitarios supone compaginar la libertad de los individuos para trabajar donde elijan con el freno de las pérdidas excesivas por migración interna (concentración urbana y abandono rural) y desplazamientos de los países pobres a los más ricos. Algunas migraciones internacionales se planifican, como la importación de profesionales a la Región del Mediterráneo Oriental, mientras que otras no están planificadas y tienen consecuencias nefastas para la salud. En el caso de las migraciones no planificadas, adaptar la formación y la contratación a las realidades rurales, mejorar las condiciones de trabajo en general y facilitar el regreso de los migrantes son estrategias importantes para conservar al personal sanitario.
- Mantener las profesiones sanitarias como profesiones de elección para las mujeres. La mayoría de los trabajadores sanitarios son mujeres, y están bien documentadas las tendencias hacia la «feminización» en el ámbito de la medicina, hasta ahora dominado por los varones. Para mejorar las condiciones de las trabajadoras sanitarias debe prestarse atención a su seguridad, lo que incluye protegerlas de la violencia. Deben aplicarse también otras medidas, como acuerdos laborales flexibles que tengan en cuenta las circunstancias

familiares y circuitos profesionales que promuevan más eficazmente el acceso de las mujeres a altos cargos académicos y directivos.

- Garantizar entornos de trabajo seguros. Las pérdidas de personal por enfermedad, discapacidad y muerte son innecesariamente altas y reclaman una atención prioritaria especialmente en las zonas de alta prevalencia del VIH. Para reducir todo lo posible los riesgos laborales se cuenta con estrategias como la identificación y correcta gestión de los riesgos físicos y el estrés mental, así como el estricto cumplimiento de las directrices de prevención y protección. Ofrecer servicios de prevención eficaces y acceso al tratamiento a todos los trabajadores sanitarios que resulten seropositivos para el VIH son las únicas medidas razonables para conseguir el acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención de la infección por este virus.
- Planificar la jubilación. En una era de envejecimiento del personal y de adelanto de la jubilación es posible atajar las pérdidas no deseadas de efectivos mediante diversas políticas. Pueden consistir en limitar los incentivos para la jubilación anticipada, reducir el costo de emplear a personas de edad avanzada, contratar de nuevo a los jubilados y mejorar las condiciones de los trabajadores de más edad. Es fundamental planificar la sucesión para preservar las competencias y capacidades fundamentales en el seno de la fuerza de trabajo.

Además del modelo descrito, teniendo en cuenta el campo de la investigación, se integró al análisis, como ya fue señalado, la concepción teórica de los componentes de la gestión de recursos humanos, para de esta forma comprender, sin sesgos, las tendencias de la GRHS en Angola a través de lo que mejor las traduce: las prácticas durante el período 1975-2015.

Luego, es importante reiterar que los principales objetivos de la Gestión de Recursos Humanos son:

- Crear, mantener y desarrollar un conjunto de personas con habilidades, motivación y satisfacción suficientes para conseguir los objetivos de la organización.
- Establecer, conservar y atesorar condiciones organizacionales que permitan la aplicación, el desarrollo y la satisfacción plena de las personas y el logro de los objetivos individuales.

- Alcanzar la eficiencia y eficacia con los recursos humanos disponibles.

Por otra parte se tuvo en cuenta que en los componentes o subsistemas del Sistema de Gestión de Recursos Humanos se incluyen principalmente: reclutamiento y selección, formación, evaluación del desempeño, compensación y gestión de carrera y seguridad y estabilidad de empleo (Miles & Snow, 1984).

Finalmente para poder cumplir los objetivos e hipótesis de la presente investigación de contribuir a subsanar las restricciones actualmente existentes en materia de recursos humanos en salud y al cumplimiento de los objetivos de accesibilidad, equidad, calidad y eficiencia en la atención y cuidado de la salud de la población, se determinaron como básicos para los análisis el Programa de Planificación, Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud del Plan de Desarrollo Sanitario 2012-2025, sus 3 subprogramas y 8 proyectos, y su ampliación a través de los ejes estratégicos y los proyectos del Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud 2013-2025 (Figura 8). Figura 8. Relación entre el Plan de Desarrollo Sanitario 2012-2025 y el Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud 2013-2025.

Plan de Desarrollo Sanitario 2013-2025.

Programa de Planificación, Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.

1.SUBPROGRAMA DE PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

Proyecto 38: Planificación de recursos humanos.

2. SUBPROGRAMA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

Proyecto 39: Fijación de recursos humanos en salud

Proyecto 40: Reformulación de carreras específicas en el sector salud

Proyecto 41: Creación e implementación del sistema específico de evaluación del desempeño de los recursos humanos en salud.



Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud 2013-2025.

1.SUBPROGRAMA/EJE ESTRATÉGICO:

Redimensionar la fuerza de trabajo.

Proyecto: Planeamiento de la fuerza de trabajo.

2.SUBPROGRAMA/EJE

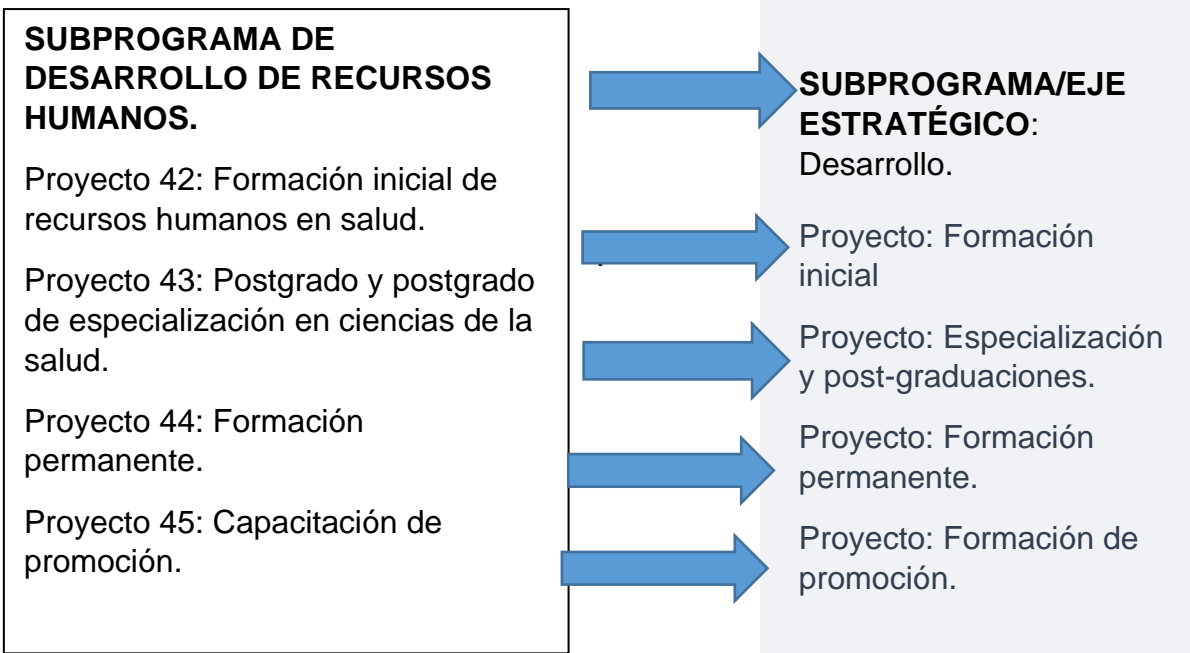
ESTRATÉGICO: Modernización de la gobernación y gestión.

Proyecto: Gobernación

Proyecto: Reclutamiento, colocación y fijación de los RHS.

Proyecto: Reformulación, implementación y gestión de las carreras específicas del sector de salud.

Proyecto: Gestión de desempeño



Fuente: elaboración propia

- Luego en las encuestas sobre planeamiento existen preguntas tales como:
- ¿Quién planifica y cómo es la planificación de los RHS?
- ¿Cómo se conocen las necesidades de las provincias, municipios?
- ¿Cómo se tiene en cuenta el perfil epidemiológico del país, de las provincias y municipios?, ejemplifique con algunas de las enfermedades existentes.
- ¿Qué relación se establece con las instituciones de atención primaria, secundaria y terciaria de salud?
- ¿Cómo se toma en cuenta las demandas y necesidades de la población?
- ¿Cómo se planifica la distribución geográfica?
- Los problemas de disponibilidad se concentran en algunas profesiones críticas, no solo en zonas rurales o alejadas, sino también en áreas específicas de los distintos tipos de prestaciones en salud. Mencione ¿cuáles son esas profesiones críticas?
- Después de la independencia de Angola muchos médicos, enfermeros e otros técnicos abandonaron el país. ¿Es posible describir cuantos especialistas médicos y enfermeros permanecieron en Angola y en que hospitales de provincias estaban?
- ¿Después de la independencia qué categorías de las médicas e otras profesiones de salud existían? ¿Cuántos trabajaban en el sector público e cuántos en el sector privado?

Sobre el sistema de información diga:

- ¿Ya existe el observatorio nacional de RHS?
- ¿Cómo actualmente se recoge la información sobre los RHS?

Sobre el proceso de entrada:

- ¿Cómo es el sistema de contratación del personal sanitario?
- ¿Cómo se decide el número de plazas a ofertar?
- ¿Cuál es la relación entre oferta y demanda? Puede proporcionar datos sobre esto.
- ¿Cómo se elaboran los exámenes de oposición?
- Recientemente, se realizó un proceso de contratación y la Ministra informó que algunos de los aprobados en el examen de oposición no aceptaron los puestos porque eran fuera de Luanda, ¿cómo esa dificultad se puede resolver?
- ¿Cuáles son las principales deficiencias cognitivas en estos exámenes?
- ¿Existe retroalimentación de las instituciones educativas sobre estas falencias?

Sobre el componente de formación:

- ¿Qué relación existe entre el MINSA y el Ministerio de Educación en cuanto a los mecanismos e instrumentos de formación inicial del personal sanitario?
- ¿Cómo se decide los perfiles de egreso y el número de estudiantes a formar según los diferentes perfiles profesionales?
- ¿Cómo se tiene en cuenta el perfil epidemiológico del país, las provincias y los municipios en la designación de las diferentes carreras y el número de estudiantes en estas? ¿Las vacantes las deciden el MINSA o cada institución educativa?
- ¿Cómo se garantiza o se puede garantizar que el número de estudiantes de cada municipio y provincia planificados de acuerdo con las necesidades ingrese a la universidad, para intentar hacer posible que después de graduarse regresen a trabajar en su lugar de origen?
- ¿Cómo valora usted la calidad de la formación inicial? ¿Qué falencias tiene?
- ¿Cuántos médicos y en qué fueron formados de 1975 a 1991 en el nivel de licenciatura? ¿Y en el nivel de post-graduación (especialistas, master y doctores)? ¿Y de 1992 á 2015?

- ¿Cuántos enfermeros licenciados fueron formados de 1975 a 1991? Cuántos post-graduados (especialistas, master y doctores? ¿Y al nivel de ouros técnicos (radiología, y análisis clínicos (cuántos licenciados, master y doctores)?
- ¿Se establece relación con el Ministerio de Educación Superior para decidir plazas para las diferentes carreras, formación postgraduada y especializada?
- ¿Qué formación post-graduada y qué especialidades existían para las diferentes categorías (medicina, enfermería, técnicos de diagnóstico y terapeutas de 1975 a 1991 y de 1992 a 2015?
- ¿Cómo se toma en cuenta la legislación vigente sobre el sistema de carrera, en función de la realización de los procesos de ascenso y promoción del personal sanitario?
- ¿Cómo está el proceso de reestructuración de los programas de especialización post-médica y de formación pos-graduada?
- Profundice sobre los planes de formación, perfeccionamiento y capacitación de los RHS.

Sobre el componente del desempeño:

- ¿Cuál es la media de consultas día antes del 2015?
- ¿Cuál era el grado de satisfacción de los funcionarios de la salud de 1975 a 2015?
- El PNDS orienta la creación del Sistema de evaluación del desempeño de los RHS. ¿Ya existe? ¿Cómo se mide o desempeño?
- ¿Cómo se evalúa el desempeño de los RHS?
- ¿Existen todos los perfiles de desempeño por competencias, incluso de las profesiones críticas hoy en día?
- ¿Cómo valora usted el desempeño del personal sanitario?
- El valor agregado de la existencia de equipos multidisciplinarios de salud con enfoque de salud familiar y comunitaria liderados por el médico de atención primaria está suficientemente documentado, particularmente para el tratamiento de los problemas crónicos de salud. ¿Qué se debe hacer para lograr la creación de estos equipos multidisciplinarios en Angola?

- ¿Existen profesionales de salud dedicados apenas a la investigación? ¿Quién investiga en salud. ¿Sobre qué se investiga? ¿Cuáles son los principales resultados obtenidos?

Sobre el proceso de salida:

- ¿Cuáles son las causas principales de la pérdida de RHS?
- ¿Cómo es el salario de los RHS? ¿Cuánto representa el salario del personal sanitario de todo el gasto en salud?
- ¿Cómo usted valora la remuneración de los RHS?
- ¿Sobre las reformas: ¿Qué modelo era usado para el personal de la salud que tenía que ver con las salidas o en la fase de reforma?

Preguntas generales y sobre el dominio de la historia y de los planes existentes sobre GRHS.

- ¿Qué mejoría puede mencionar en los servicios de salud en la fase colonial 1482 a 1975? ¿Y en la socialista de (1975 a 1991) y en la fase democrática y economía de mercado de 1992 a 2015? Comente:
- ¿Qué usted sabe sobre la historia de la gestión de recursos humanos en salud (GRHS) en Angola? Antes de 1975, de este año hasta 1992, y de 1992 hasta hoy.
- ¿Conoce los primeros documentos legales existentes sobre GRHS? Mencíónelos y comente su contenido.
- En Angola en el 2008 se promulgó la "Estrategia 2025". ¿Puede decir qué significó esta para la GRHS?
- En Angola en el 2010 se promulgó la Política Nacional de Salud. ¿Puede decir qué significó esta para la GRHS?
- En Angola en el 2012 se promulgó el Plan nacional de desarrollo sanitario 2012-2025. Sobre este, por favor responda las siguientes interrogantes:
 1. ¿En cuáles aspectos se ha avanzado más y en cuáles menos o nada? Explique y justifique.
 2. ¿Ya se elaboró una política nacional específica y la estrategia de desarrollo de la GRHS? En caso contrario, ¿cómo va el proceso de elaboración? ¿Qué equipo está con esa responsabilidad?

3 ¿Cuáles son las causas de que no se haya cumplido la meta trazada en dicho plan para el 2015 de 3 médicos por 10 000 habitantes?

Y en la entrevista a profundidad relacionada en específico con la APS aparecen preguntas tales como:

1. Describa un día de trabajo.
2. El modelo de atención primaria en salud (APS) es muy importante. ¿Que significa para usted esse modelo?
3. ¿Qué documentos internacionales y del gobierno angolano usted conoce que orientan la APS?
4. ¿Cómo es la participación de la familia y de la comunidad de esta institución según los postulados de la APS?
5. ¿Por qué será que los angolanos tienden a frecuentar los complejos hospitalarios y no los centros de este tipo?
6. ¿Cuáles son las acciones de promoción de salud que usted realiza? Exemplifique.
7. ¿Cuáles son las acciones de prevención que usted realiza? Exemplifique.
8. ¿Cómo funciona el sistema de referencia y contra referencia? Exemplifique.
9. ¿Cómo usted evalúa los mecanismos de colaboración intersectorial con otras instituciones, la comunidad y la sociedad civil?
10. ¿Qué equipamientos y tecnología posee la institución? ¿Es suficiente? ¿Qué está en déficit?
11. ¿Cómo valora su formación en medicina familiar y comunitaria?
12. ¿Cuáles son los determinantes de la salud que más afectan a la población que el centro atiende? ¿Y que se puede hacer para resolver-los?

Capítulo III

Análisis de los resultados

En este capítulo se presentan los resultados del análisis de los documentos angolanos directamente relacionados con la gestión de recursos humanos en salud, las dos encuestas, la entrevista a profundidad y del método de integración de fuentes.

a. Análisis de documentos

Para el análisis documental se hizo una selección de la legislación relacionada en general con el campo de la salud y en particular, con la gestión de recursos humanos en salud, publicados por el gobierno de 1975 a 2015. Se seleccionaron 197 documentos, entre informes, Decretos leyes, despachos conjuntos, decretos presidenciales, Orden e planes de desarrollo a lo largo de los años.

Primero se presenta el tabla (14) un resumen de la finalidad y ventajas de cada documento y con posterioridad un análisis más profundo de una selección de los planes de desarrollo sanitario y planes de desarrollo y de formación de recursos humanos.

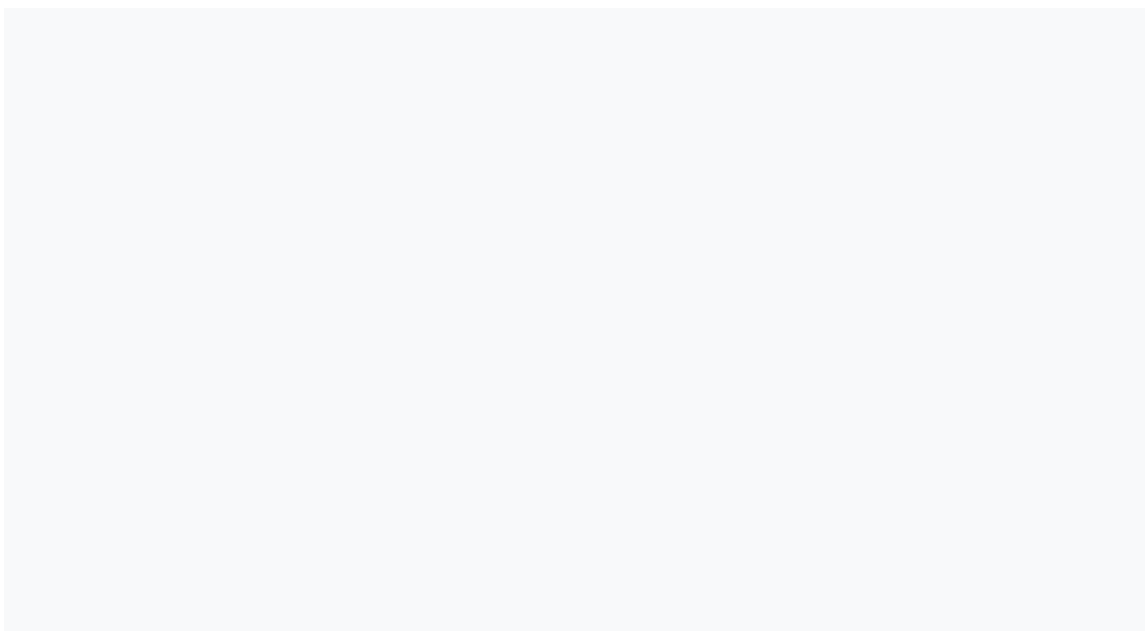


Tabla 14 Resumen de la producción legislativa en salud 1975 a 2015. Objeto y ventajas de cada documento

Nº	BASES DE ANÁLISIS DEL DIPLOMA	FINALIDAD Y VENTAJAS
01	Constitución de la República de Angola (1ª versión en 1975, 2ª. En 1992, 3ª. En el 2010 y 4ª versión 2021	El artículo 77º de la Constitución de la República de Angola consagra el acceso a la asistencia médica y sanitaria como un derecho fundamental del Individuo y un deber social del Estado Angolano.
02	Ley nº 9/75 del 13 de Diciembre.	Crea el Sistema Nacional de Salud (SNS) en Angola. Con la creación del SNS se opta por una gestión sanitaria centralizada de orientación socialista y permitió que se estableciese la equidad con el principio de la universalidad y mayor expansión de la salud en todo el territorio nacional
03	Ley Nº 21/B/92 del 28 de Agosto	<p>Bases del Sistema Nacional de Salud – Revoca toda la legislación contraria a lo dispuesto en las disposiciones: Ley 9/75, del 13 de Diciembre, el Decreto No. 8/76 del 21 de Febrero, el Decreto No. 29/77 del 21 de Febrero y la línea c) del artículo IV de la ley No.13/88 del 16 de Julio.</p> <p>En lo que respecta a salud. Valores y principios orientadores son identificados en esta Ley Valores de solidaridad, equidad, ética, identidad cultural e igualdad de género y principios de universalidad, calidad, humanismo, responsabilidad, libertad de expresión, inter-sectorialita que también sirven de base para la Política.</p> <p>Nacional de Salud, y el PNDS y la Política Nacional de RHS. Permitted la iniciativa privada y la oportunidad de que los ciudadanos pudieran escoger Para só asistencia.</p>
04	Decreto Ejecutivo Nº 23/14 A partir del 5 de febrero	Aprueba los lineamientos metodológicos para la organización y realización del examen final en cursos relacionados con el área de Ciencias Médicas Y de la Salud, en instituciones públicas de educación superior.
05	Decreto Presidencial N ° 232/13 de 31 de diciembre	Aprueba las reglas anuales para la ejecución de la OGE. - Revoca toda legislación que contradiga las disposiciones de esta ley, a saber, El Decreto Presidencial N ° 320/11, de 30 de diciembre.
	Decreto Presidencial No.	

06	231/13 del 30 de diciembre	Establece las reglas para la elaboración del inventario de bienes de propiedad pública.
07	Decreto Presidencial N ° 178/13 de 6 de noviembre	Aprueba el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud - Revoca toda la legislación que contradiga lo dispuesto en este diploma, a saber, el Decreto Presidencial n° 34/11, de 14 de febrero.
08	Decreto Presidencial N ° 137/13 de 24 de septiembre	Prorroga el período de vigencia transitoria del Decreto N ° 6/08, de 10 de abril
09	Decreto Legislativo Presidencial n°3 / 13 de 23 de agosto	Establece las reglas para la creación, estructuración, organización y extinción de los servicios de la Administración Central del Estado Y otros órganos legalmente equivalentes.
10	Decreto Presidencial n° 113/13 de 3 de julio	Establece el procedimiento administrativo a observar en la movilidad del personal vinculado al sector administrativo público, a saber, comisión de servicios, traslado e intercambio.
11	Decreto Presidencial n° 114/13 de 3 de julio	Define el perfil del gestor de RH de la administración pública. Permitió que el nombramiento de los gestores de RH fuese basado en el perfil previamente definido.
12	Decreto Presidencial N ° 115/13 de 3 de julio	Establece la forma en que se organiza y opera el servicio de registro disciplinario en la función pública.
13	Decreto Presidencial No. 116/13 de 3 de julio	Regula la formación profesional de los titulares de cargos de dirección y liderazgo en la Administración del Estado Directa (Central y Local) e Indirecta (Institutos Públicos).
14	Decreto Legislativo Presidencial No. 2/13 de 25 de junio	Establece las reglas para la creación, estructuración y funcionamiento de Institutos Públicos.
15	Ley N ° 3/13 de 17 de abril	

		Ley de reforma y funcionamiento de los Institutos Públicos.
16	Orden No. 331/12 de 16 de abril	Establece que la retribución complementaria debe ser pagada únicamente a aquellos empleados cuyo resultado de evaluación de desempeño sea BUENO o Muy BUENO y cuando no tengan más de dos ausencias injustificadas durante el mes.
17	Decreto Ejecutivo No. 4/12 de 4 de enero	Aprueba el Reglamento Interno del Consejo Asesor del MINSA.
18	Decreto Ejecutivo No. 4/12 de 4 de enero	Aprueba el Reglamento Interno de la Junta Directiva del MINSA.
19	Ley N ° 10/11 de 16 de febrero	Ley de fiestas nacionales y locales y fechas de celebraciones nacionales.
20	Orden No. 174/11 11 de marzo	Fija el valor de la Unidad de Corrección Fiscal (UCF) para la actualización de impuestos, tasas, multas y otros ingresos de carácter tributario.
21	Decreto Ejecutivo Conjunto N ° 97/11 de 21 de julio	Crea los cursos medios de técnicos de salud. La creación de estos cursos sirvió para paliar la situación de déficit de recursos Humanos de nivel técnico.
22	Decreto Presidencial No. 108/11 de 25 de mayo	Aprueba el Reglamento sobre el Régimen Jurídico de Extranjería.
23	Decreto Ejecutivo No. 62/11 de 14 de abril	Aprueba el Reglamento sobre Bioseguridad.
24	Decreto Ejecutivo No. 30/11 de 11 de marzo	Aprueba procedimientos de apertura, operación y cierre de cuentas.
25	Decreto Presidencial No. 8/11 de 7 de enero	Regula el régimen legal de las prestaciones familiares, consistente en subsidio de maternidad, subsidio de lactancia, subsidio familiar y subsidio funerario.
26	Decreto Presidencial No. 194/11 de 7 de julio	Aprueba el Reglamento sobre responsabilidad por daños medioambientales
27	Decreto Presidencial N ° 262/10 de 24 de noviembre	Aprueba la política Nacional de Salud. Y revoca la legislación contraria Este Decreto trajo ventajas enormes en la orientación del Sistema Nacional de salud a nivel del país.
		Establece los principios generales sobre la captación y selección de candidatos en la Administración

28	Decreto Presidencial No. 102/11 de 23 de mayo	Pública. - Revoca los Decretos nº 22/91, de 29 de junio y nº 2/94, De 18 de febrero y toda la legislación que contradiga el presente diploma.
29	Decreto Presidencial No. 104/11 de 23 de mayo	Define las condiciones y procedimientos para la preparación, gestión y control del personal de la Administración Pública.
30	Ley N ° 3/10 de 29 de marzo	Ley de Probidad Pública
31	Decreto Presidencial N ° 254/10 de 17 de noviembre	Aprueba el Régimen Jurídico de la Carrera de Enfermería. Revoca toda la legislación que contradiga lo dispuesto en este Decreto Presidencial, a saber, el Decreto N° 30/97, de 25 de abril. - R.D. No. 217. Este Decreto permitió estructurar los estratos de los niveles profesionales básico, medio y superior en una única carrera.
32	Decreto Presidencial N ° 260/10 de 19 de noviembre	Aprueba el marco legal para la gestión hospitalaria que define las bases para estructurar, coordinar, organizar y operar los hospitales centrales, generales y municipales y los establecimientos y servicios especiales del Sistema Nacional de Salud.
33	Decreto Ejecutivo N ° 144/10 de 24 de septiembre	Aprueba la guía de procedimiento para el pago de la retribución del agente público
34	Decreto Presidencial N ° 191/10 de 1 de septiembre	Aprueba el reglamento para el ejercicio de la actividad farmacéutica.
35	Decreto Presidencial No. 179/10 de 18 de agosto	Aprueba el Estatuto Orgánico de la Orden de Enfermeras de Angola.
36	Decreto Presidencial N ° 180/10 de 18 de agosto	Establece las bases generales de la Política Nacional Farmacéutica.
37	Decreto Ejecutivo Conjunto N ° 48/10 de 25 de marzo	Ley de publicaciones y forma de títulos legales.
38	Decreto Ejecutivo Conjunto N ° 48/10 de 18 de mayo	Crea el Centro de Salud y Seguridad en el Trabajo, llamado "CSST" para abreviar.
39	Decreto Ejecutivo N ° 50/10 de 28 de mayo	Aprueba el estatuto orgánico del Centro de Seguridad y Salud En el Trabajo "CSST".
40	Orden No. 3/09 de 1 de abril	Establece los procedimientos para la jubilación de los servidores públicos de acuerdo con los diplomas legales vigentes en la materia.
41	Orden No 302/09 de 30 de abril	

		Crea la Comisión de Reestructuración del Hospital Américo Boa vida.
42	Decreto N ° 40/09 de 21 de agosto	Crea el Instituto Nacional de Emergencias Médicas De Angola y aprueba su estatus orgánico.
43	Decreto Ejecutivo Conjuntivo N ° 171/10 de 14 de diciembre	Aprueba la mesa de trabajo prohibida o condicionada a menores.
44	Decreto Presidencial No. 6/10 de 24 de febrero	Sobre la delegación general de poderes del Presidente de la República en Ministros de Estado y Ministros.
45	Decreto Ejecutivo nº 201/08 de 23 de septiembre	Fija la subvención a otorgar por la realización de prácticas en el extranjero, por parte de empleados del sector de la Administración Pública.
46	Decreto N ° 75/08 de 10 de septiembre	Establece la atribución de la asignación de prácticas y la asignación de prácticas profesionales.
47	Resolución No. 32/08 de 1 de septiembre	Aprueba, para ratificación, el Reglamento Sanitario Internacional - 2005.
48	Decreto Ejecutivo No. 40/08 de 17 de marzo	Fija la asignación diaria a pagar a los funcionarios públicos en sus misiones. - Deroga el Decreto Ejecutivo No. 38/03, de 8 de agosto.
49	Decreto No. 6/08 de 10 de abril	Establece la admisión al concurso público a título excepcional, para los ciudadanos nacionales con más de 35 años de edad. Este Decreto permitió que cuadros con diferentes niveles de diferenciación y con edad superior a 35 años ingresasen en la función pública.
50	Decreto N ° 101/07 de 28 de noviembre	Modifica el Decreto N ° 48/94, de 25 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre el régimen jurídico de los extranjeros.
51	Resolución No. 95/07 de 19 de octubre	Aprueba el Manual de Procedimientos para el Pago de Salarios de la Función Pública.
52	Orden Conjunta N ° 618/07 de 1 de octubre	Aprueba el Manual de Procedimientos para el Pago de Salarios de la Función Pública.
53	Ley N ° 2/07 de 31 de agosto	Regula la situación jurídica de los extranjeros en la República de Angola.
54	Decreto Ejecutivo nº 103/06 de 21 de julio	Crea el centro de hemodiálisis.

55	Ley N ° 1/06 de 18 de enero	Ley Fundamental para el Primer Empleo.
56	Ley N ° 13/05 de 30 de septiembre	Ley de Instituciones Financieras.
57	Decreto N ° 76/05 de 12 de octubre	Define y regula la protección de la vejez.
58	Decreto N ° 49/05 de 8 de agosto	Sobre la asignación del subsidio funerario.
59	Decreto N ° 52/05 de 8 de agosto	Define y regula la protección de la maternidad.
60	Resolución No. 1/05 de 9 de mayo	Aprueba varios principios a observar en la admisión, selección, promoción, jubilación y movilidad de los servidores públicos o agentes administrativos en la función pública.
61	Decreto nº 105/05 de 7 de diciembre	Revoca el Decreto No. 8/99, de 28 de mayo, que otorga, a efectos de presentación, incentivos a los empleados de carreras auxiliares, administrativas y técnicas medias, con antigüedad considerable.
62	Decreto N ° 50/05 de 8 de agosto	Regula la protección en caso de fallecimiento.
63	Resolución nº 14/05 de 15 de julio	Aprueba el Protocolo sobre salud en la Comunidad de Desarrollo de África Meridional (SADC).
64	Decreto nº7/05 de 9 de marzo	Crea el Instituto Nacional de Lucha contra el Sida.
65	Decreto N ° 53/05 de 15 de agosto	Sobre el régimen legal de accidentes de trabajo y profesorado profesional
66	Ley nº8/04 de 1 de noviembre	Acerca del virus de la inmunodeficiencia humana y el SIDA.
67	Decreto No. 48/04 de 20 de julio	Crea el Instituto de Control y Combate de la Tripanosomiasis - ICCT.
68	Decreto N ° 37/04 de 25 de junio	Crea las categorías de Medicina Interna (General y Complementaria) como categorías que preceden a las carreras médicas.

69	Orden núm. 123/04 de 8 de junio	Determina que la importación de antirretrovirales autorización del MINSA, a través de la Dirección Nacional de Medicamentos y Equipos y se limitará a los medicamentos aprobados en el protocolo de tratamiento, por el Programa Nacional de Lucha contra el Sida.
70	Decreto N ° 17/04 de 31 de mayo	Aprueba el Reglamento de Prácticas Médicas Complementarias.
71	Decreto N ° 15/04 de 28 de mayo	Crea el Consejo Nacional de Especialización de Postgrado en Ciencias Médicas, en adelante CNEPGCM, y aprueba su estatuto. Este Consejo fue un instrumento de la formación póst-graduada de varias generaciones de médicos.
72	Resolución No. 6/04 de 8 de abril	Aprueba el Acuerdo entre el Gobierno de la República de Angola y el Gobierno de la República de Sudáfrica en el ámbito de la salud.
73	Decreto No. 4/04 de 27 de enero	Aprueba el régimen retributivo de los cargos de directores y jefes de establecimientos de Salud - Revoca toda legislación que contravenga lo dispuesto en este decreto.
74	Decreto Ejecutivo No. 67/03 de 25 de noviembre	Aprueba el Reglamento de Becas de Salud.
75	Orden No. 128/03 de 25 de noviembre	Aprueba el Reglamento sobre la organización del trabajo de las Universidades de la Salud para la aplicación de dietas y aumento de jornada, pase de lista y horas extraordinarias.
76	Decreto Ejecutivo N ° 66/03 de 25 de noviembre	Aprueba el Reglamento sobre la especialidad específica de la clase profesional de Enfermería. Trajo ventajas para su formación de manera diferenciada.

77	Decreto No 98/03 de 28 de octubre	Regular la atribución de entradas de asistencia a los miembros que integran los Consejos Nacionales de los órganos de la Administración Pública y de las demás comisiones o grupos de trabajo creados para el desempeño de tareas específicas de la Administración Pública.
78	Decreto Ejecutivo Conjunto N ° 58/03 de 7 de octubre	Actualiza los valores de las sanciones contenidas en la Ley N ° 5/87, de 23 de febrero, de Reglamento Sanitario.
79	Decreto Ejecutivo Conjunto nº 57/03 de 7 de octubre	Actualiza los valores de las infracciones e inspección del ejercicio farmacéutico.
80	Orden Conjunta N ° 70/03 de 5 de agosto	Aprueba el Reglamento General de Unidades Sanitarias del Servicio Nacional de Salud.
81	Decreto nº 53/03 de 5 de agosto	Aprueba el reglamento de las unidades sanitarias del Servicio Nacional de Salud. Revoca toda la legislación contraria. A partir de este Decreto Ley las unidades sanitarias poseen reglamentos Propios como instrumentos de orientación de los gestores y funcionarios de estas unidades sanitarias.
82	Decreto nº 43/03 de 4 de julio	Aprueba el Reglamento sobre VIH / SIDA, empleo y formación profesional
83	Decreto - Ley N ° 1/03 de 21 de enero	Establece los principios generales relativos a la organización y aplicación de la estructura probatoria de las escalas salariales de la función pública y los subsidios o complementos retributivos – Revoca toda la legislación que contravenga este estatuto, a saber, el Decreto - Ley No. 2/95, de 17 de febrero.
84	Decreto nº 12/03 de 8 de abril	Regula el régimen legal para la adscripción y traslado de personal con perfil para el ejercicio de funciones técnicas y de gestión y liderazgo, para la administración local del Estado – Revoca el Decreto No. 34/95, de 15 de diciembre, DECRETO No. 37 / 94, de 17 de agosto y Decreto nº 12/00, de 10 de marzo
85	Decreto No. 122/03 de 21 de noviembre	Sobre la interpretación del inciso e) del artículo 11 del Decreto No. 33/91, de 26 de julio.
86	Decreto Ejecutivo Conjunto nº 57/02 de 5 de diciembre	Regula el trabajo que realizan los profesionales integrados en la carrera médica.

87	Resolución nº 28/02 de 25 de octubre	Aprueba el Acuerdo de cooperación entre los Estados miembros de la CPLP en la lucha contra el VIH / SIDA.
88	Decreto N ° 66/02 de 25 de octubre	Regula la prestación de horas extraordinarias en la función pública.
89	Resolución nº 24/02 de 8 de octubre	Aprueba el Acuerdo sobre la concesión de visados temporales para tratamiento médico a ciudadanos de la CPLP.
90	Decreto nº 41/02 de 9 de agosto	Transforma algunas instituciones de salud en institutos públicos.
91	Decreto N ° 38/02 de 26 de julio	Aprueba el reglamento de asistencia médica y medicamentos en las Fuerzas Armadas de Angola.
92	Decreto N ° 36/02 de 19 de julio	Aprueba el reglamento de reembolso
93	Ley N ° 8/02 de 19 de julio	Establece el horario normal de trabajo de los órganos de la Administración Central y Administración Local del Estado, así como el horario de trabajo de los empleados y agentes de los respectivos servicios. - Revoca la ley nº 12/94, de 2 de septiembre.
94	Decreto - Ley N ° 8/02 de 18 de junio	Sobre agravación de ausencias injustificadas del personal de la Función Pública.
95	Decreto N ° 25/02 de 7 de mayo	Define y regula la protección en caso de enfermedad de los beneficiarios del sistema de seguridad social.
96	Ley nº 11/02 de 16 de agosto	Ley de acceso a documentos administrativos - Deroga toda legislación que contravenga las disposiciones de esta ley.
97	Ley N ° 9/02 de 30 de julio	Ley Publicidad General.
98	Decreto N ° 26/02 de 10 de mayo	Define y establece los estándares regulatorios sobre prestaciones por invalidez.

99	Resolución No. 5/90 de 6 de octubre	Sobre la responsabilidad derivada de gastos no presupuestarios.
100	Decreto N ° 3/90 de 13 de enero	Crea las Juntas de Salud y aprueba el reglamento respectivo, adjunto a este decreto y que forma parte integrante del mismo.
101	Orden No. 45/89 de 23 de agosto	Autoriza la prestación de servicios bajo contrato en las instituciones hospitalarias de la FAPLA por una persona de salud y otro civil.
102	Decreto Ejecutivo Conjunto N ° 11/89 de 10 de junio	Aprueba el nuevo modelo de Guía Médica a nivel nacional
103	Decreto N ° 37/89 de 22 de julio	Aprueba el Reglamento de cursos de posgrado.
104	Decreto Ejecutivo Conjunto n° 12/88 de 23 de julio	Regula las formas de participación en la formación de Técnicos de Salud Media de las distintas especialidades en los Institutos de Salud Media.
105	Resolución No. 1/88 de 16 de enero	Aprueba el Acuerdo de Cooperación en el ámbito de la salud entre la República Popular de Angola y la República Portuguesa.
106	Orden No. 18/87 de 25 de abril	Sobre el sistema de prestación de atención médica y sanitaria de emergencia en el país.
107	Ley N ° 5/87 de 23 de febrero	Aprueba el Reglamento Sanitario de la República Popular de Angola.
108	Resolución No. 6/86 de 3 de noviembre	Crea la Facultad de Posgrado en Ciencias Médicas dependiente del Ministerio de Educación y del Ministerio de Educación, bajo la coordinación metodológica y científico - pedagógica de la Universidad de Angola y técnico-profesional del MINSA.

109	Decreto Ejecutivo N° 40/86 de 13 de octubre	Aprueba las normas generales de protección e higiene en el trabajo por puestos de trabajo, publicadas, adjuntas y que forman parte integrante de este decreto ejecutivo.
110	Decreto N° 16/86 de 9 de agosto	Aprueba el Reglamento sobre asistencia médica y farmacológica en la República Popular de Angola
111	Orden No. 92/85 de 7 de diciembre	Crea en Luanda hospitales civiles, sectores de Vigilancia Epidemiológica con dependencia técnica y metodológica de la Dirección Nacional de Salud Pública.
112	Despacho No. 81/85 de 28 de septiembre	Disciplina la derivación de trabajadores con límite de edad a las juntas de salud provinciales o nacionales.
113	Orden Conjunta N° 77/85 de 21 de septiembre	Aprueba el reglamento para la calificación de técnicos del sector salud
114	Decreto Ejecutivo Conjunto N° 8/85 de 21 de enero	Otorga a todos los trabajadores del MINSA en el cumplimiento de horarios de piquetes de emergencia en los establecimientos asistenciales del Servicio Nacional de Salud, el derecho al pago de una remuneración complementaria.
115	Orden No. 2/85 de 12 de enero	Define los criterios para el pago de horas extraordinarias a médicos que no pertenecen al Servicio Nacional de Salud.
116	Orden Conjunta N° 168/84 de 31 de diciembre	Determina que los trabajadores de hospitales y establecimientos asimilados del MINSA que efectivamente practiquen el régimen de turnos rotativos tienen derecho a una retribución adicional del 20% sobre su salario
117	Decreto Ejecutivo Conjunto N° 82/84 de 3 de diciembre	Aprueba el calificativo de ocupaciones propio del personal sanitario.
118	Decreto Ejecutivo Conjunto n°	Incluye varias disposiciones sobre el derecho a la atención médica y sanitaria en el extranjero para todos los ciudadanos angoleños.

	11/84 de 15 de febrero	
119	Orden No. 107/83 de 18 de octubre	Estandariza el período normal de trabajo en todos los centros de trabajo del MINSA.
120	Decreto Ejecutivo Conjunto n° 53/83 de 7 de julio	Regula las transferencias bancarias para los nacionales que viajan al extranjero por vacaciones.
121	Decreto Ejecutivo Conjunto n° 43/83 de 12 de mayo	Determina que los trabajadores que asistan a cursos de posgrado u otros en el extranjero tendrán derecho al 60% de la asignación diaria que se fija para viajes al exterior por motivos de servicio público.
122	Decreto Ejecutivo N° 39/83 de 29 de abril	Aprueba el Reglamento de Delegaciones Provinciales de Salud.
123	Decreto Ejecutivo No. 105/82 19 de noviembre	Aprueba el Reglamento de la Comisión Nacional de Salud
124	Decreto No. 10/82 de 15 de febrero	Crea la Comisión Nacional de Salud
125	Decreto N° 5/82 de 19 de enero	Aprueba el Reglamento de becarios angoleños en el exterior
126	Decreto N° 86/81 de 16 de octubre	Aprueba la tabla de índices de discapacidad médica
127	Despacho DR 291/80 de 11 de diciembre	Determina que los médicos, enfermeras y otros técnicos de salud extranjeros que trabajan en organismos estatales y privados de la República Popular de Angola tienen prohibido celebrar contratos y renovar los contratos existentes con empresas multinacionales o misiones religiosas sin la opinión previa favorable del Ministro de Salud.

128	Decreto N ° 44/80 de 27 de mayo	Aprueba, para su ratificación, el Protocolo sobre las condiciones generales de envío de profesores para la formación y especialización de médicos angoleños entre el Gobierno de la República Federativa Socialista de Yugoslavia y el Gobierno de la República Popular de Angola
129	Orden No. 99/78 de 8 de diciembre	Todos los técnicos y paramédicos del MINSA, angoleños y colaboradores, que prestan servicios en estructuras hospitalarias y extra hospitalarias o en centros de salud, ahora brindarán un servicio de escala (piquete) para reforzar, en particular, el servicio de emergencia del Hospital Américo Boa vida.
130	Decreto nº 20/78 de 13 de febrero	Define el nuevo régimen legal para eventuales comisiones de servicios.
132	Orden No. 88-A / 77 de 4 de noviembre	Indica las formas en que los servidores públicos que se ausentan del país, a efectos de tratamiento como consecuencia del dictamen emitido por la Junta Nacional de Salud, deben percibir sus sueldos o sueldos mensuales.
133	Orden No. 11/77 de 17 de marzo	Determina la creación de escuelas o centros de formación profesional y perfeccionamiento técnico en el ámbito de los Ministerios o Secretarios de Estado, mediante orden conjunta del Ministro o Secretario de Estado que supervisa la respectiva cartera y el Ministro de Educación.
134	Rectificación DR 190/76 de 12 de agosto	Decreto No. 8/76, que reglamentó algunos aspectos de la Política Nacional de Salud, definido por la Ley No. 9/75, de 13 de diciembre.
135	Decreto N ° 73/76 de 30 de julio	Crea el Centro Hospitalario Universitario de Luanda.
136	Decreto No. 8/76 de 21 de febrero	Disciplina algunos aspectos de la Política Nacional de Salud, definida por la ley nº 9/75, de 13 de diciembre.

137	Decreto Ejecutivo No. 80/01 de 28 de diciembre	Aprueba los modelos de contrato de trabajo por tiempo indefinido y por plazo fijo.
138	Decreto Ejecutivo n° 53/01 de 7 de septiembre	Establece las reglas básicas para el cuadro del personal de los recursos humanos. A partir de este Decreto ley el personal de los Recursos Humanos pasó a tener reglas básicas para su gestión y funcionamiento y permitió que la selección de estos cuadros fuese basada en méritos para una gestión eficiente del capital humano en la institución.
139	Decreto Ejecutivo N° 54/01 de 7 de septiembre	Aprueba el estatuto orgánico de los Centros de Salud del Servicio Nacional de Salud.
140	Decreto N° 6/01 de 19 de enero	Aprueba el Reglamento sobre el ejercicio de la actividad profesional del trabajador extranjero no residente.
141	Decreto Ejecutivo N° 80/00 de 8 de diciembre	Crea el curso de especialización en partería y aprueba la estructura curricular y el plan de estudios del curso de especialización en partería de nivel medio.
142	Resolución n° 17/00 de 14 de julio	Determina la obligación de exhibir el nombre de los servicios públicos.
143	Ley N° 3/99 de 6 de agosto	Ley de Tráfico y Consumo de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Precursores.
144	Decreto Ejecutivo Conjunto N° 72/98 de 31 de diciembre	Establece las reglas de transición para el régimen de pasantías de carrera médica.
145	Decreto Ejecutivo Conjunto N° 74/98 de 31 de diciembre	Establece las reglas de transición del régimen especial de carrera de enfermería.
146	Decreto Ejecutivo Conjunto N° 71/98 de 31 de diciembre	Establece las reglas de transición del régimen especial de carrera para técnicos diagnósticos y terapéuticos.
147	Decreto Ejecutivo Conjunto N° 73/98 de 31 de diciembre	Establece las reglas de transición para el régimen de carrera especial para el personal de apoyo hospitalario.

148	Resolución N ° 15/98 de 29 de octubre	Aprueba el Protocolo de Cooperación en materia de salud entre el Ministerio de Salud de Angola y el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba.
149	Decreto N ° 22/98 de 24 de julio	Aprueba el principio de participación de la población en los costos de salud definido como la contribución de las comunidades y sus usuarios en el pago de los costos de salud.
150	Decreto N ° 70/97 de 3 de octubre	Sobre el nombramiento de funcionarios públicos tras la conversión de carrera.
151	Decreto No. 68/97 de 19 de septiembre	Aprueba el estatuto de la Asociación Médica de Angola.
152	Decreto nº 15/97 de 27 de marzo	Aprueba el Régimen Jurídico de la Carrera de Radiología y Diagnóstico.
153	Decreto nº 16/97 de 27 de marzo	Aprueba la carrera de Diagnóstico e Terapéutica. El Decreto estructuró todas las profesiones técnicas en una única carrera.
154	Decreto nº 28/97 de 10 de abril	Aprueba el régimen de la carrera de farmacia. Este Decreto agrupó todos los estratos profesionales básico, medio e superior en una única carrera.
155	Decreto N ° 29/97 de 18 de abril	Establece el Régimen de Carrera Jurídica del Personal de Apoyo Hospitalario del Servicio Nacional de Salud. .El Decreto permitió la valorización de este personal. Revoca la legislación que contradice este estatuto.
156	Decreto Ejecutivo Conjunto N ° 65/96 de 22 de noviembre	Crea el Comité Nacional de Estadísticas de Salud
157	Decreto Ejecutivo Conjunto nº 64/96	Crea el Sistema de Información de Atención Primaria de Salud, abreviado como SIAMP.

	de 22 de noviembre	
158	Decreto Ley nº 4-A / 96 de 5 de abril	Aprueba el Reglamento del proceso contencioso administrativo
159	Decreto Ley No. 16-A / 95 de 15 de diciembre	Aprueba el reglamento de procedimiento y actividad administrativa
160	Decreto N ° 34/95 de 15 de diciembre	Regula la movilidad de los técnicos en la función pública
161	Decreto Ley No. 21-A / 94 de 16 de diciembre	Sobre el sistema de pago del servicio civil
162	Decreto N ° 46/94 de 10 de noviembre	Asigna a los trabajadores del sector salud porcentajes de su salario base mensual
163	Ley 12/94 de 2 de septiembre	Ley de duración y jornada laboral en la Administración Pública.
164	Resolución N ° 27/94 de 26 de agosto	Aprueba la Agenda Deontológica de la Función Pública
165	Decreto N ° 36/94 de 17 de agosto	Asigna diversas subvenciones a los funcionarios
166	Decreto No. 37/94 de 17 de agosto	Otorga la asignación anual de eficacia y calidad.
167	Decreto nº 32/94 de 17 de agosto	Asigna un subsidio para acumulación o reemplazo.
168	Decreto nº 31/94 5 de agosto	Establece los principios encaminados a promover la seguridad, la higiene y la salud en el trabajo
169	Decreto Ley nº 12/94 de 1 de julio	Establece el régimen legal y las condiciones para el ejercicio de cargos de dirección y liderazgo.

170	Decreto n° 25/94 de 1 de julio	Establece las reglas y procedimientos a observar en la clasificación de los funcionarios públicos.
171	Decreto N° 24/94 de 24 de junio	Aprueba las bases generales para la reconversión de carreras.
172	Decreto Ley No. 10/94 de 24 de junio	Aprueba el régimen legal de vacaciones, ausencias y licencias en la Administración Pública.
173	Decreto No. 9/94 de 25 de mayo	Sobre el régimen legal de tolerancias puntuales.
174	Decreto Ejecutivo Conjunto N° 15/93	Establece el pago del 13° mes. Permite que el trabajador de la Salud se beneficie del 13° salario base sin los subsidios.
175	Decreto No. 48/92 de 11 de septiembre	Aprueba el Reglamento de instituciones médicas y sanitarias privadas.
176	Decreto No. 46-T / 92 de 9 de septiembre	Aprueba el sistema organizativo y posición jerárquica de las unidades hospitalarias del Servicio Nacional de Salud.
177	Decreto Ejecutivo Conjunto No. 38-C / 92	Proporciona subsidios de riesgo y contagio del 40% sobre el salario base mensual a los trabajadores del Servicio Nacional de Salud.
178	Decreto No. 39-G / 94 de 28 de Agosto	Aprueba el Reglamento del régimen especial de carrera médica del Servicio Nacional De Salud. Este Decreto permitió que los médicos tuvieran un instrumento de ley para su progresión.
179	Orden Conjunta No 48-M / 92 de 28 de agosto	Establece el período de apertura de las farmacias.
180	Decreto Ejecutivo Conjunto n° 38-B / 92 de 28 de agosto	Otorga subsidios a médicos y enfermeras del Servicio Nacional de Salud que ejercen funciones de dirección y liderazgo.

181	Decreto N° 36/92 de 7 de agosto	Aprueba el Reglamento para el ejercicio de la actividad farmacéutica.
182	Decreto N° 38-E / 92 de 7 de agosto	Aprueba las asignaciones salariales básicas para los funcionarios de carreras médicas del Servicio Nacional de Salud.
183	Decreto nº 34-B / 92 de 7 de julio	Aprueba el Reglamento sobre el ejercicio de la Medicina Privada.
184	Decreto nº 31/92 de 10 de julio	Establece los criterios para el otorgamiento de subsidios al personal de enfermería y apoyo hospitalario del Servicio Nacional de Salud.
185	Decreto Ejecutivo No. 25-C / 92 15 de mayo	Aprueba el Reglamento del Hospital Américo Boa vida, adjunto a este Decreto Ejecutivo y parte integrante del mismo.
186	Decreto N° 49/91 de 16 de agosto	Aprueba la pensión de supervivencia a familiares de trabajadores activos o jubilados por invalidez o voejes
187	Decreto N° 33/91 de 26 de julio	Sobre el régimen disciplinario de los funcionarios y agentes administrativos
188	Decreto N° 24/91 de 29 de junio	Establece los principios generales para estructurar las carreras en la función pública.
189	Decreto N° 25/91 de 29 de junio	Establece la relación jurídica de trabajo en la Administración Pública.
190	Decreto N° 19/91 de 1 de Junio	Regula el subsidio funerario.
191	Decreto N° 20/91 de 1 de Júnio	Da la subvención por muerte.
192	Decreto N° 15/91 de 18 de mayo	Establece los periodos laborales y laborales en la Administración Pública.
193		Establece los principios generales en materia de empleo público, el régimen y estructuración de carreras,

	Ley N ° 17/90 de 20 de octubre	remuneración, seguridad social, formación y disciplina administrativa pública Este Decreto presidencial dio luz verde para la estructuración de las carreras Profesionales que hasta entonces no existían.
194	Resolución No. 5/90 de 6 de octubre	Sobre la responsabilidad derivada de gastos no presupuestarios.
195	Plano de Desarrollo de los Recursos Humanos 1997/2007.	Define las políticas públicas de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud para un período de 10 años. Un plan clave que permitió que se crease las bases del levantamiento de los cuadros del sector de la salud en su plenitud y la definición de las carreras profesionales.
196	Plano de Desarrollo de Recursos Humanos en salud 2013-2025	Diagnóstico de amenazas y oportunidades de la gestión de recursos humanos en salud a partir de una valoración del plan anterior 1997-2007. Propuestas de estrategias y programas escenarios de crecimiento hasta el 2025 y proyectos y paquetes de trabajo.
197	Plan Nacional de Formación del Personal 2013-2020	El Plan Nacional de Formación de Cuadros (2013-2020), adopta, y actualiza, el Marco General de Recursos Humanos para el horizonte 2020, definido en la Estrategia Nacional de Formación de Cuadros. Contiene objetivos, indicadores, diagnóstico, prioridades y 7 programas de acción.

Fuente:Elaboración propia.Investigado en prensa nacional angolena(<http://www.impresanacional.gov.ao>)

Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos (PDRH) 1997/2007.

El PDRH 1997-2007, como primer plan sobre la materia conocido, abordó cinco campos operacionales de los RHS:

- ♣ Fuerza de trabajo, migraciones y mercado,
- ♣ Perfiles profesionales y formación,
- ♣ Trabajo y productividad,
- ♣ Calificación y acreditación,
- ♣ Gestión y reglamentación del sistema de RHS.

Más específicamente el PDRH prevía:

- ♣ Equipar las unidades sanitarias (US) con el número mínimo de profesionales necesarios;
- ♣ Duplicar el número de médicos en el período 2002-2007 para 720;
- ♣ Acelerar la especialización de los médicos, considerando que en 2002 era de 9,3%;
- ♣ Acelerar la formación para promoción de los enfermeros y técnicos de diagnóstico y terapêutica (TDT) básicos para el nivel medio y de promotores para auxiliares;
- ♣ Fomentar la especialización de técnicos medios e suspender temporalmente los ingresos para formación inicial.

Observación No. 1: Si se pretendía duplicar el número de médicos para tener la cifra de 720, significa que antes del 2002 solo existían aproximadamente 360 médicos, que teniendo en cuenta que ya Angola tenía 17 052 000 de habitantes (según fuente del Banco Mundial), se puede afirmar que todavía, después de 26 años de independencia el número de médicos por cada 10 000 habitantes era muy inferior a 1. Cuestión que corrobora lo ya señalado en el capítulo I.

Este plan contaba con prioridades relacionadas con: Cobertura de los servicios, formación inicial, formación post-graduada, formación permanente, organización de los servicios, carreras, fuerza de trabajo nacional y extranjera, agentes comunitarios de salud (ACS) y reforma administrativa. En este sentido se entiende prudente comentar:

- En la cobertura de los servicios se declara la afectación prioritaria a los cuidados de salud primarios CSP, (en opinión del autor de la tesis, debió decir: atención primaria de salud APS) teniendo por unidad geográfica de gestión el Sistema Municipal de Salud, sobre todo los periurbanos e rurales.
- La formación inicial enfocada en el nivel básico y nivel medio. Reforzamiento de la enseñanza superior en enfermería.
- Post-graduación de enfermeros en enseñanza a distancia (EAD) con la UNISA. Como incentivo para fijar los profesionales en el sector de la salud, con prioridad para los CSP.

- Integración en 1997 de diversos ACS en el SNS con una formación de capacitación en las escuelas técnicas de enfermería.
- Participación en el proceso de reforma administrativa, entendiendo a la reforma como un proceso de descentralización con la creación de capacidades a nivel local, con prioridad en las áreas de planificación e gestión.
- En las prioridades de formación post-graduada en el nivel primario fueron declaradas tres: Medicina comunitaria, organización y gestión y gestión en CSP.

En la agenda de urgencia aparecían aspectos a resolver tales como: Atrasos en pagos, trabajadores fantasmas, desmovilizados aguardando inserción, costo y malestar en la acomodación de médicos extranjeros, abandono de puestos de trabajo, bajas remuneraciones y cobros ilegales.

Observación No.2: Nótese que si al pobre número de médicos se le suma lo que aquí queda evidenciado sobre los graves problemas de gestión de los recursos humanos en salud, se puede afirmar que los servicios de salud enfrentaban grandes dificultades y desafíos.

Y en la agenda de desarrollo sustentable: Servicio rural de salud para los licenciados, programa regular de especialización médica, programa regular de formación en gestión en salud, programa de residencias para trabajadores en los municipios más pobres, programa de contención de la invasión privada en formación de profesionales e técnicos de salud.

Observación final: Por tanto, este plan, tenía una visión estratégica de 11 años, sobre la base de una reforma relacionada con un modelo de cuidado de salud primario CPS (debió ser APS), con metas muy bien definidas. Sin embargo, su instrumentación no fue plena pues aunque se reconocen avances, los resultados indican que las metas no fueron cumplidas, lo que se corrobora en la práctica y en los diagnósticos de planes siguientes.

Plan Nacional de Formación del Personal 2013-2020 (PNFQ).

Los objetivos generales de este plan eran:

- a) Apoyar el desarrollo, cuantitativo y cualitativo, del potencial humano de Angola, condición esencial para la sostenibilidad del desarrollo económico, social e institucional y la inserción internacional competitiva de la economía angoleña.
- b) Asegurar la formación y cualificación de recursos humanos cualificados y altamente cualificados que respondan a las necesidades de desarrollo del país.
- c) Promover el ajuste, cuantitativo y cualitativo, entre las necesidades y la oferta formativa.

Este plan señala algunas debilidades relacionados con el sector salud como “la existencia de déficits muy acusados, en términos absolutos, en dominios específicos de Medicina, Odontología y farmacéutico”; y “... sin oferta de formación en Angola: Emergencias médicas, Técnicas de obstetricia, higiene bucal, tecnologías de diagnóstico, terapias complementarias, técnicas de laboratorio, salud y seguridad en el Trabajo, Desarrollo Comunitario y Animación Sociocultural”.

Dentro de los indicadores aparecen el número de médicos y médicos por cada 100 000 habitantes según la siguiente tabla:

Tabla 15 Número de médicos y médicos por cada 100 000 habitantes

	2010	2015	2020	2025
Número de médicos	3000	4500	8500	13850
Médicos por cada 100.000 habitantes	16	21	35	50

Fuente: Elaboración propia. Los datos fueron extraídos del PNFQ 2013-2020.

El cumplimiento de los objetivos y la consecución de las metas del PNFQ deberán realizarse mediante la concentración de los esfuerzos en prioridades. A cada una de las prioridades le correspondía un programa de acción que en total eran 7.

Dentro de los 7 programas de acción se entiende prudente destacar que:

- En el programa de acción 1: Formación de cuadros superiores se reconoce un déficit de 14300 de enfermería, 3690 de medicina y 1325 de ciencias farmacéuticas. Y en el programa de acción 2: Formación de cuadros intermedios un déficit de 9000 técnicos de laboratorio.
- En el programa de acción 3: Formación de profesores y de investigadores para la enseñanza superior y el sistema nacional de ciencia y tecnología e innovación dentro de los 8 campos estratégicos declara el de las Ciencias médicas y de la salud y previa la formación de 806 máster y 195 doctores.
- En el programa de acción 7: Política pública de becas de estudio señala como oferta con déficit en primera prioridad las de Ciencias Médicas y de salud, Medicina y Enfermería y en las de segunda prioridad las de Odontología.

~

Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos en salud (PDRHS) 2013/2025.

Este plan es muy importante pues como se declara en su introducción: "...de los 46 países la Región Africana de la OMS, 36 son considerados países en crisis de RHS. De estos, diez, incluyendo Angola, son estados con un déficit crítico de RHS; 24 no tienen una política nacional de RHS; 34 no tiene un plan estratégico para sus RHS; e 35 no tiene un observatorio de RHS". A Resolución de Luanda AFR/RC62/WP/3: Ruta para Reforzar los Recursos Humanos para la Salud de 2012, dejó a los estados miembros el desafío de aprobar sus políticas e estrategias de RHS hasta 2014.

La visión de este segundo PDRH es contribuir a la creación, al 2025, de una fuerza laboral en salud mayoritariamente nacional, técnicamente diferenciada, diversificada, debidamente motivada, distribuida equitativamente en el territorio nacional y entre los diferentes niveles de cuidado y guiado por valores de ética profesional y servicio público.

Está alineado con tres ejes estratégicos: (I) Redimensionamiento de la fuerza de trabajo; (II) Modernización de la gobernanza y gestión de la fuerza de trabajo y (III) Desarrollo de los RHS.

Este PDRH presenta para cada eje estratégico un subprograma, o sea en total 3 subprogramas, 13 proyectos 43 paquetes de trabajo a desarrollar hasta 2025.

Es exhaustivo el diagnóstico de la situación actual (recordar que es un plan 2013-2025), con amenazas y oportunidades divididas en: I. Contexto, II. Mercado de trabajo y III: Gobierno, administración y gestión de recursos humanos en el sector público.

La política de recursos humanos en salud describe como puntos críticos, las debilidades en conocimientos, habilidades técnicas y cualidades humanas de la fuerza laboral; y la fuerte dependencia de los técnicos expatriados, particularmente para personal especializado. Reconoce dos niveles de responsabilidad de su aplicación, que son a saber: el central y el local. El nivel central con responsabilidad de planificación estratégica, plasmado en la elaboración de instrucciones metodológicas, normas y procedimientos que faciliten la administración, gestión y desarrollo de recursos humanos en todos los niveles del complejo económico de la salud. El nivel local responsable de la planificación operativa compatible con cobertura universal en la prestación de servicios de salud sanitarios de calidad, con la expresión de planes, programas y proyectos de implementación.

En este plan se analizan, además, otros documentos legislativos que permiten profundizar en este diagnóstico. De estos se entiende prudente desinibir los siguiente:

- El programa del Ejecutivo para 2009-2012 estableció como metas para 2012: 3 médicos, 20 enfermeros, 9 Técnicos de diagnóstico y terapéutica

(TDT), 5 de apoyo hospitalaria (AH) y 6 de régimen general (RG) por 10 000 habitantes. Lo que implica como metas razones de: 6,67 enfermeros, 3 TDT, 1,67 AH e 2 RG por médico. Estas razones fueron alcanzadas para los TDT, pero no para las otras categorías profesionales³.

- El Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (PNDS) 2012-2025 considera que las principales amenazas para la consecución del PDRH son:
 - ♣ Inexistencia de un sistema de información de recursos humanos;
 - ♣ Nivel de incentivos, salarios e condiciones de trabajo poco atractivos;
 - ♣ Insuficiente articulación entre el nivel central, las provincias e municipios;
 - ♣ La baja productividad;
 - ♣ El elevado ausentismo;
 - ♣ Los cobros ilegales.

Observación No. 3: Al comparar esta situación declarada en el 2012 o 2013 con lo dicho anteriormente sobre el plan 1997-2007 se puede afirmar que se sigue reconociendo la crisis de médicos y enfermeros, así como los problemas de gestión de recursos humanos en salud que permiten un juicio desfavorable sobre la atención y servicios de salud al pueblo angolano.

Por otra parte, este plan presenta metas importantes de crecimiento de la red sanitaria, de la fuerza de trabajo en salud, de gastos y del financiamiento en salud. En este sentido, es prudente destacar las informaciones que a continuación son comentadas.

Es importante resaltar las metas para la salud, con un horizonte de 2020, establecidas por la Escuela Nacional de Formación de Cuadros (ENFQ) y el Plan Nacional de Formación de Cuadros⁴:

- Acelerar la implementación de los programas de formación técnico-profesional y de especialización, para responder a las necesidades crecientes del sector;

³ Plan de desarrollo de los Recursos Humanos en Salud 2013/2025, pág. 55

⁴ Este plan ya fue comentado con anterioridad pero como en el PNDRH 2013-2025 se advierten nuevos elementos sobre el mismo se entendió prudente retomarlo.

- Actualizar el plan nacional de desarrollo y gestión de recursos humanos de salud;
- Formar 7000 enfermeiros e técnicos de salud;
- Mejorar las condiciones de enseñanza y la calidad de los programas de formación de las escuelas técnico-profesionales, institutos medios e escuelas técnicas y profesionales de salud;
- Formar agentes comunitarios capaces de realizar la relación entre las unidades sanitarias y las familias, dando prioridad a las acciones de prevención de salud y de promoción de salud;
- Que hasta 2015, todos los cursos con déficit sean reforzados (formación técnica en farmacia, formación técnica en análisis químicos y microbiológicos, enfermería y técnicos auxiliares de salud);
- La formación hasta 2020 de 20 investigadores, a nivel de doctorado. Se Identificó también la necesidad de formar 755 masters (240 médicos, 66 dentistas, 400 enfermeros y 49 farmacéuticos) y 181 doctores (50 médicos, 19 dentistas, 100 enfermeros e 14 farmacéuticos) en ciencias médicas y de la salud. ♣ Formación de apoyo sobre administración hospitalaria identificando la necesidad de 10 cursos con un total de 250 formando durante 820 horas.
- La formación para personal de apoyo clínico debe incluir: formación en admisión con pequeñas nociones sobre a organización del sistema de salud angolano y formación en comportamiento, trabajo en equipo y desarrollo de la eficiencia individual al servicio de las organizaciones. Formación para catalogadores abordaría sistemas de información y su utilización, cortesía y admisión en atención de pacientes, gestión documental e archivos clínicos;
- Para 2020 a meta da ENFQ és de 3,5 médicos por 1000 habitantes⁵.

⁵ Plan de desarrollo de los Recursos Humanos en Salud 2013/2025, pág. 55.

En el plan aparecen varios análisis del número de médicos a formar, que desde la introducción se reconoce que será necesario integrar alrededor de 1000 médicos por año para lograr un total de 14 367 efectivos hasta 2025, 5747 de ellos (un 40%) especialistas.

De la misma manera, se tendrá que reclutar 8200 enfermeros por año para llegar a un número de 111 799 efectivos en 2025, y de 3700 nuevos Técnicos de Diagnóstico e Terapéutica (TDTs) por año, para llegar a 43 101 efectivos no último año del plan.

Las principales prioridades de la política de recursos humanos para la salud planteadas son: Regulación y el observatorio de recursos humanos.

La regulación es uno de los pilares de la reforma del SNS, debería normalizar la coordinación y control de alianzas en los campos de la producción, contratación, administración y gestión de recursos humanos y economías paralelas e ilegales que socavan los valores del sector público y del servicio público de su fuerza laboral.

La creación del Observatorio Nacional de Recursos Humanos para la Salud, en red con todas las provincias y departamentos ministeriales relevantes. E integrado en un observatorio nacional de salud, garantizará basado en evidencia cuya base de datos integrará el sistema de información salud nacional. La evidencia del observatorio de recursos humanos debe ser complementada con una agenda científica sobre recursos humanos definida por el Ministerio de Salud y realizada con la colaboración formalizada de las instituciones académicas y de investigación del país. Se crearon observatorios pilotos en las provincias de Benguela y Huambo, cuyas experiencias permitirán el desarrollo de observatorios en otras provincias y unidades grandes (centrales).

Aparece también en este plan los gastos proyectados para o período 2015-2025 que fueron calculados en 3 500 528 millones de AOA (código ISSO 4217 de la moneda Kwanza) a precios corrientes de 2014 (aproximadamente 35 billones de USD). En este montaje total, los gastos en salarios e remuneraciones

representan el 93% del total, en cuanto los gastos en formación llegarían a los 236 mil millones de AOA para los once años estudiados.

Observación No.4: A pesar del elevado crecimiento económico, y los gastos planificados, los indicadores de salud angolanos no son comparables a los de otros países del mismo rango de rendimiento. En la tabla siguiente se refleja que Angola debido al ritmo de crecimiento económico elevado de la última década, (el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita de Angola es estimado en USD 5482, que coloca al país en el rango de las economías de rendimiento medio-alto (USD 4086 – 12 615), conforme a la definición del Banco Mundial (The World Bank, 2014). Angola solo gasta USD 190 per capita en salud y tiene los indicadores más altos de mortalidad materna (460) y mortalidad de niños menores de 5 años (164).

La tabla 16 presenta indicadores económicos y de salud por países seleccionados de renta medio-alta. País, PIB per capita (USD a precios corrientes), Gastos en salud per cápita (USD), Esperanza de vida, Mortalidad Materna y Mortalidad de niños menores de 5 años⁶.

Tabla 16 Indicadores económicos y de salud por países seleccionados de renta medio-alta.

País	PIB per capita (USD a preços correntes)	Despesa saúde per capita (USD)	Esperança de vida	Mortalidade Materna	Mortalidade <5
África do Sul	7.352	645	56	140	45
Angola	5.482	190	51	460	164
Botsuana	7.238	384	47	170	53
Brasil	11.340	1.056	74	69	14
Cuba	6.302	558	79	80	6
Maldívas	6.567	558	78	31	11
Maurícias	8.120	444	74	73	15
Namíbia	5.786	473	64	130	39

Fonte: The World Bank Development Indicators database

⁶ Plan de desarrollo de los Recursos Humanos en Salud 2013/2025, página 41.

Sobre los proyectos y paquetes de programas por ejes estratégicos se entiende prudente hacer varias valoraciones.

Todos se basan en el Cuadro 39, que contiene objetivos globales e metas específicas do PDRH 2013-2025 (Vea el Anexo No. 5) y que para el autor de la presente tesis resulta muy ilustrativo de los problemas de la gestión de recursos humanos en salud en el año 2013 en Angola, si se tienen en cuenta los indicadores mostrados en este año, como por ejemplo: el observatorio en elaboración, varios indicadores declarados como desconocidos o que no están documentados y el reconocimiento de 1 médico por cada 10 000 habitantes, muy lejos de la meta de la OMS.

Se afirma que los proyectos contemplados resultan del reconocimiento de que:

- En el eje estratégico I: Redimensionamiento de la fuerza de trabajo: “...desde el colapso del proceso de planificación de RHS asociado con el primer PDRH 1997-2007, no ha sido posible mantener un proceso de planificación estratégica de la fuerza laboral, adecuado para la descentralización gubernamental y administrativo observado”⁷. Esto implica problemas con los RHS en la declarada municipalización desde 1992.
- En el eje estratégico II: Modernización de la gobernación e gestión de la fuerza de trabajo: El Proceso de planificación de RHS asociado al primer RHDP 1997-2007 fue inoperante. Con la apertura a la economía de mercado, los procesos de descentralización y municipalización, y la reforma de la administración salud pública y el sistema nacional de salud, no fue posible adaptar y modernizar procedimientos de gobernanza, gestión y administración del personal sanitario.
- En el eje estratégico III: Desarrollo de los RHS.
 - ♣ Una franca expansión del sistema de producción de cuadros, con un aumento en la capacidad de producción, pero sin mecanismos efectivos de coordinación institucional entre los ministerios involucrados, con déficit de maestros calificados e infraestructura y equipamiento adecuado

⁷ Plan de desarrollo de los Recursos Humanos en Salud 2013/2025, página 61.

resultando en una fuerza laboral con debilidades en los conocimientos y habilidades técnicas y profesionales, y cualidades humanas;

- ♣ Reglas inadecuadas para el acceso a la especialización;
- ♣ Una desarticulación entre las autoridades responsables de la producción y contratación des, dejando a RH fuera del mercado laboral, ante una gran escasez de RH.

Este plan destaca que la colaboración con las Órdenes, Asociaciones y Sindicatos de profesionales de la salud, y otras organizaciones de la sociedad civil deben ser privilegiadas y fortalecidas en el sentido de obtener ventajas mutuas en relación a la motivación, desempeño de los profesionales y en estricto cumplimiento de los códigos de ética y deontología profesional.

Y además reconoce que los agentes de desarrollo comunitario juegan un papel destacado en la promoción de las competencias familiares y la creación de un entorno propicio y responsable entre los servicios de salud, las familias y las comunidades.

Tan es así que en términos de perspectivas, la política de recursos humanos destaca lo siguiente:

- Fortalecimiento de las alianzas con los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas y Ministerio del Interior;
- Mantenimiento de alianzas con órdenes, asociaciones y sindicatos profesionales de la salud, así como otras instituciones de la sociedad civil;
- Reconocimiento del rol de los Agentes de Desarrollo Comunitario.

b. Análisis de Resultados de las encuestas

La encuesta uno tiene dos partes: A y B.

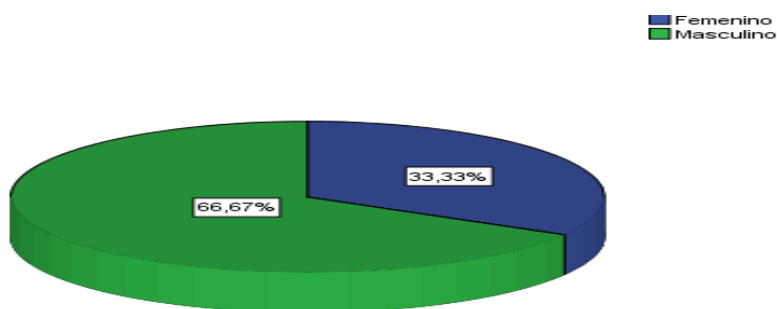
A-Proyecto de gobierno y gobernanza de 1975 a 1991. La muestra estuvo integrada por 30 personas del sistema de salud angoleño, elegidas intencionalmente, fijando como criterios de selección: muchos años de experiencia trabajando en MINSA, que fueran de diferentes categorías dentro

del personal sanitario y que durante su período laboral hayan ocupado diferentes puestos en los períodos analizados.

La edad promedio es de aproximadamente 52 años.

De los 30,33.3% son mujeres y 66,7% hombres (Figura 9).

Figura 9 Sexo de la muestra



Fuente: Elaboración propia

El tiempo de trabajo promedio en MINSA es de 17 años. Y las posiciones ocupadas se reflejan en la 17.

Tabla 17 Cargo que ejerció

Cargos		Frecuencia	%
Válido	Ministro	3	10
	Delegado municipal	3	10
	Vice-ministro	3	10
	Director nacional	3	10
	Jefe dpto.	3	10
	Perito principal	1	3,3
	Técnico superior	4	13
	Jefe de sección	4	13
	Directora de enfermeira	1	3,3
	Consultor	1	3,3
	Varios cargos	4	13
	Total	30	100,0

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la profesión, vale la pena mencionar que más del 40% son médicos o médicos especialistas, 9 enfermeras (30%) y el resto con funciones relevantes en el sistema de salud

Tabla 18 Profesión

Profesión		Frecuencia	%
Válido	Médico	11	36,7
	Médico Especialista	2	6,7
	Enfermero	9	30,0
	Consultor	1	3,3
	Gestor	1	3,3
	Funcionario público	1	3,3
	Jurista	1	3,3
	Eng. Civil	1	3,3
	Contabilista	1	3,3
	Psicóloga	1	3,3
	Docente	1	3,3
	Total	30	100,0

Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta el seguimiento de la dinámica de la salud del personal sanitario desde un planteamiento basado en el "ciclo de vida laboral", el análisis de la investigación se llevó a cabo en cada una de las etapas de este ciclo: la entrada (o reingreso) de personas como fuerza laboral, el período de sus vidas cuando forman parte de él y el momento en que abandonan.

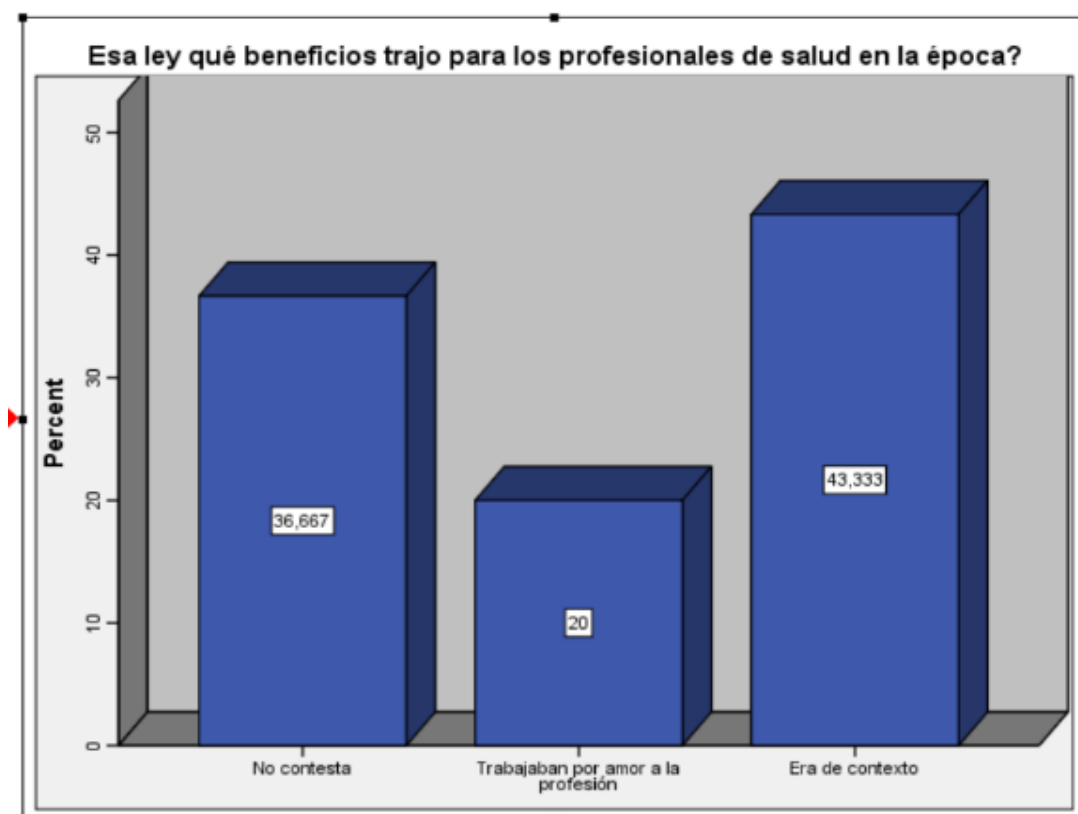
La planificación es muy importante en la entrada y, en este sentido, el 100% de los entrevistados reconoció la importancia de la creación en 1975 del Servicio Nacional de Salud (SNS) a través de la Ley N ° 9/75, de 13 de diciembre. Entonces se puede considerar que, por primera vez en Angola, los problemas de salud se identificaron como un problema público, que es responsabilidad del Estado.

La importancia de la ley antes mencionada se confirma al reiterar que antes de la independencia el sistema de salud era accesible a los intereses económicos y comerciales de los colonizadores y servía a la mayoría de la población colonizada de aproximadamente 500 000 portugueses.

Además, el 100% de la muestra reconoció que esta ley brindó beneficios a la sociedad y a los usuarios. Sin embargo, cuando se les preguntó: ¿qué beneficios trajo la ley mencionada a los profesionales de la salud en ese momento? las respuestas no fueron favorables.

Aproximadamente el 37% no respondió, el 43% consideró que era contextual y hasta el 20% marcó la opción de que los profesionales de la salud trabajaban por amor a la profesión, lo que se refleja elocuentemente en el gráfico de barras en la Figuran 100 que sigue:

Figuran 10 Beneficios de la ley



Fuente: Elaboración propia

Es importante tener en cuenta que todos los encuestados declararon que la ley tuvo consecuencias para la gestión del personal en el sector público. El acceso se expandió exponencialmente porque por primera vez el SNS estableció la cobertura universal como un objetivo y, por lo tanto, hubo una gran escasez de personal de salud y una gran demanda. El SNS comenzó con poco personal nacional y no calificado.

Ratifican lo señalado las siguientes respuestas de los encuestados E5, E2, E8, E14 y E30 que se presentan a continuación:

E5: Creación del SNS con mayor cobertura.

E2 y E8: Pocos cuadros angolanos y con mucho trabajo.

E14: País sin cuadros para responder a la demanda.

E30: Hubo consecuencias, cuadros sin calificación.

Las respuestas a la primera pregunta referida a si hubo traspaso de carteras en el campo de la salud del poder colonizador a los nuevos titulares de dicho sector resultan importantes para entender lo complejo que resultó este período de gobernación a partir de 1975, a saber E3 y E4: No. El gobierno portugués abandona abruptamente a colonia.

E7 y E12: No. Proceso no pacífico.

E17 y E30: No. Hubo razones para la guerra.

Se coincide con Mario R. Dal Poz de la Organización Mundial de la Salud que:

Un objetivo esencial de las intervenciones políticas y programáticas de nivel de entrada es producir y preparar un número suficiente de trabajadores motivados que tengan las habilidades técnicas apropiadas y cuya distribución geográfica y sociocultural los haga accesibles, aceptables y disponibles para llegar a diversos clientes y poblaciones de forma eficiente y equitativa. (Dal Poz, 2009, página 10)

Sin embargo, los resultados de la investigación sobre la distribución geográfica del personal de salud muestran debilidades, apenas 6 de 30 que dijeron que había incentivos para que los profesionales de la salud permanecieran en la periferia, argumentan que eran subsidios solo para residencia y transporte.

El 100% de la muestra declaró que no había suficiente capital humano de médicos, enfermeras y otros técnicos, y los 30 indicaron que la proporción de médico / enfermera / y otros técnicos por habitante no era compatible con la demanda de la población. Por lo tanto, la disponibilidad de recursos humanos para el sistema de salud era muy pobre.

Aunque las respuestas fueron muy pocas, el número promedio de médicos por habitante según los encuestados fue de aproximadamente 1 por 10.000 habitantes y enfermeras 9 por 10 000 habitantes. Esto corrobora el déficit mencionado en el personal de salud.

Además, para el autor de esta tesis, es preocupante que los encuestados en ningún momento hicieron referencias a otros autores como personal de salud con funciones administrativas y auxiliares, que incluye a trabajadores con una amplia variedad de ocupaciones gerenciales, personal administrativo o de secretaría, profesionales de ciencia y tecnología y muchos otros que trabajan en el sector de la salud, pero que no han recibido capacitación académica para brindar servicios de salud.

Los 30 entrevistados reconocieron la fuga de cuadros como la causa del déficit de capital humano. Causa relacionada con el proceso de salida de la fuerza laboral de salud, que ocurre en muchos países. Y que en ese período Angola tenía condiciones muy favorables para la salida, pues fue una etapa de gran inestabilidad, de un conflicto armado y a la que se suma el déficit de formación y capacitación, la sobrecarga y las pocas condiciones de trabajo.

Según los encuestados, las estrategias del estado para cubrir la escasez de profesionales de la salud en Angola fueron:

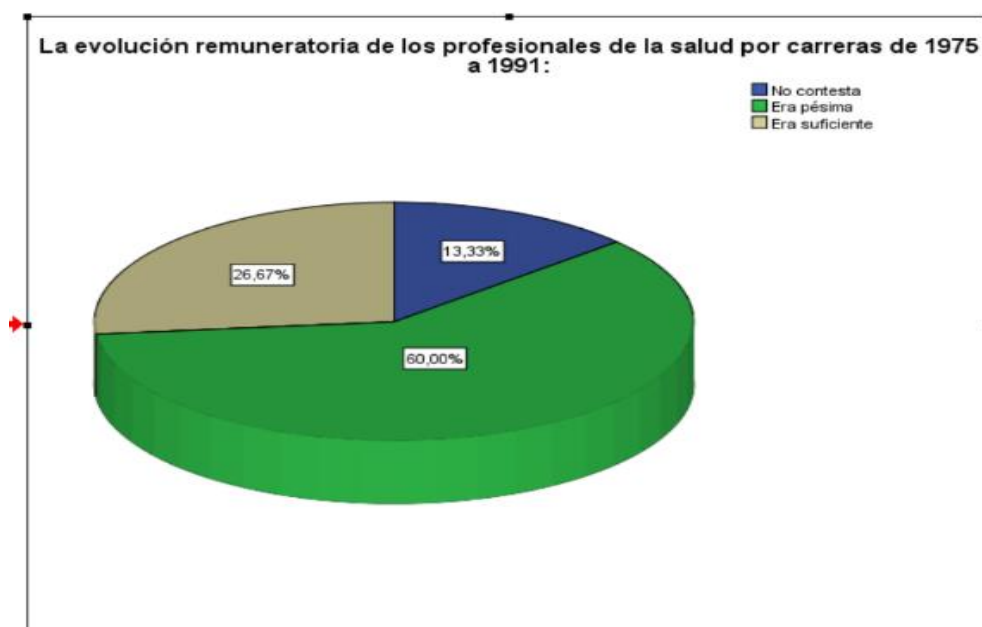
1. La contratación de personal como parte de la cooperación extranjera con países amigos. Entre los países más mencionados están: Cuba, Rusia y la República Socialista de Vietnam.
2. Apertura de más escuelas técnicas de salud.
3. Envío de jóvenes a escuelas y universidades en el extranjero. Los países más citados son: Cuba, Rusia y Portugal.
4. Cooperación con organizaciones internacionales como la OMS, el PNUD, etc.

Aunque se reconoce que estas estrategias son correctas, sus resultados son a largo plazo y adolecen de la creación de instituciones sólidas para la formación de profesionales de la salud, como más universidades con facultades de medicina, para la formación de especialistas de acuerdo con la situación epidemiología del país, cada vez más compleja, y de la mejora de los mecanismos de capacitación y aprendizaje permanente (incluidos los de los diferentes ciclos de educación terciaria) y el control de calidad de los trabajadores calificados y el personal de salud extranjero contratado, cuyas funciones incluían la capacitación del personal de salud de Angola.

Con respecto a la fase laboral, los aspectos salariales, las condiciones de trabajo y el apoyo a los sistemas de aprendizaje permanente son importantes. En cuanto a las condiciones salariales y laborales, la mayoría de las personas de la muestra tienen opiniones desfavorables.

En el gráfico de sector (Figura 11) se observa que solo el 26,67% considerala remuneración suficiente y el 60% lavalora como pésima.

Figura 11 La evolución remuneratoria



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a las estrategias adoptadas para mejorar el desempeño del personal de salud, las respuestas son contradictorias, ya que el 40% informó que tenían órganos profesionales para la gestión profesional y la gestión de especialidades en el ministerio, y aproximadamente el 30% expresó una opinión contraria.

No obstante, se puede afirmar que no existió en esta etapa gestión de carreras, pues así se puede deducir de las siguientes respuestas:

E1 y E2: Se usaba la legislación colonial.

E7, E8, E14 y E20: No había gestión de carreras y tampoco especialistas hasta después de 1992.

También en el desempeño, es muy importante evaluar la motivación del personal de salud. La mitad de los entrevistados pensó que era regular, el 27% la consideró pésima y solo el 17% la consideró buena. Sin embargo, el 67% reconoció que las promociones influyeron en la motivación de los profesionales en ese momento.

Cabe agregar que la ley se basó en los principios de universalidad, equidad y de gratuidad de los servicios de salud y, por lo tanto, apostaba por un sistema de salud único, de modo que los encuestados reconocieron que las infraestructuras privadas de salud fueron nacionalizadas. Aunque había una práctica de medicina privada principalmente en las iglesias, que estaban dispuestas a seguir estos principios.

Es muy importante tener un sistema de información armonizado responsable de recopilar, procesar y difundir a tiempo información muy completa sobre el personal de salud y que ofrezca datos comparables y uniformes que puedan guiar la toma de decisiones. En este sentido, el 50% de la muestra consideró que, en la etapa valorada, no había una tabla analítica de recursos humanos basada en la infraestructura existente.

Finalmente, solo el 57% reconoció que era posible evaluar la evolución de los recursos humanos en el sector desde 1975 hasta 1992 en términos de cantidad y calidad, pero el 70% no evaluó la evolución en términos de cantidad y calidad. En cuanto a la cantidad, 4 de 30 declararon que era insuficiente y 5

que esta aumentó y 3 evaluaron la calidad como insuficiente y 3 como que tuvo mejora.

B-Proyecto del Gobierno y de la Gobernación desde 1992 a 2015.

Este período se caracteriza por la apertura de la sociedad a la economía de mercado por lo que la medida más radical tomada por el Gobierno angolano (pluripartidista) fue la promulgación de la ley No. 21/B/92 del 28 de agosto, que abolió la ley Ley N ° 9/75, y permitió la apertura de los servicios sanitarios privados.

Los encuestados (71,9%) consideraron que la existencia de la medicina privada trajo como beneficio para la sociedad y para los clientes, mayor número de oportunidades de los clientes que se beneficiaron de la oferta de los servicios privados y 65,6% de ellos afirmaron que hubo beneficios para los profesionales de salud (5 de los 30 comentaron como beneficio una mayor posibilidad de empleo), pero el 19% consideró que dicha posibilidad provocó dispersión del personal de salud que provocó ausentismo y disminución de la calidad en los hospitales públicos.

Se coincide que hubo consecuencias para la gestión y administración de los recursos humanos en salud, tanto positivas como negativas, como reflejan las siguientes respuestas:

E1 y E2: Sin reglamentos.

E3: La prestación de cuidados en el sector público se hizo más evidente.

E9: Mejor organización.

E15: Falta de acompañamiento de los profesionales.

E18: Crecimiento del ausentismo.

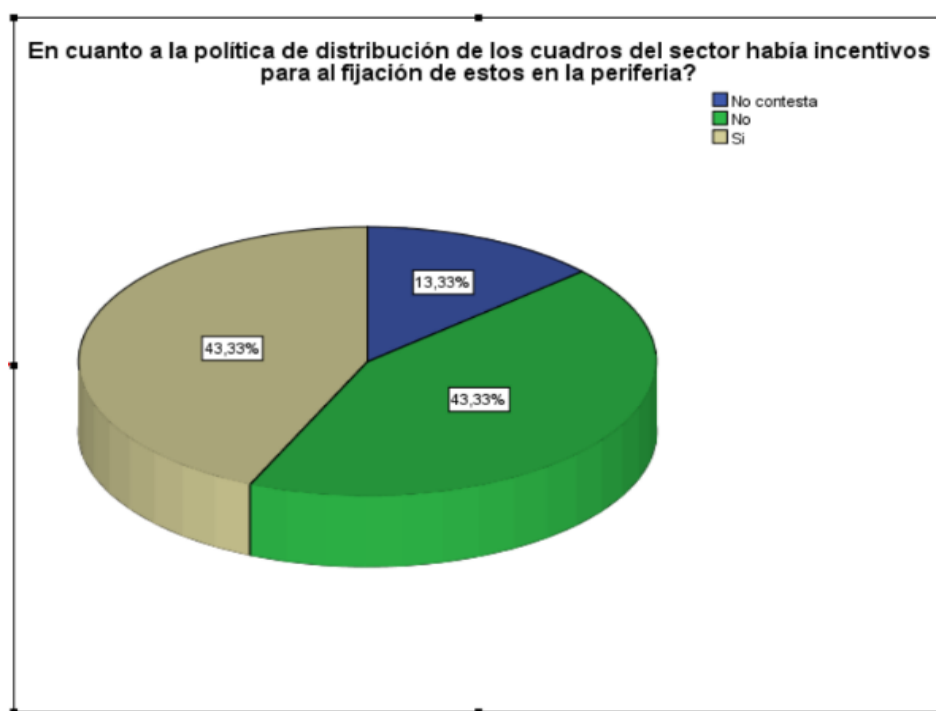
E30: Muchos especialistas para el privado.

En cuanto al proceso de contratación se asevera, por el 78,1% de la muestra, que hubo algunas restricciones en la admisión de profesionales de la

salud a licitaciones públicas, entre las que se destacan: la falta de fondos y existencia de pocas plazas; o sea, problemas con la oferta.

Y en cuanto a la política de distribución geográfica (Figura 122), se reafirman las dificultades, pues el 43,3% de los encuestados reconoció que no existían incentivos para la radicación de los profesionales de salud en la periferia y 13,3% no respondieron.

Figura 12 Distribución geográfica



Fuente: Elaboración propia

Esta situación de la falta de incentivos resulta muy preocupante, pues la carencia de personal sanitario en las periferias y zonas rurales es un grave problema en cuanto la satisfacción de las necesidades de atención a la salud. Y en esta etapa hay mucha coincidencia de opiniones con las señaladas antes de 1975, pero aparecen otras que manifiestan la complejidad existente. A saber:

E6: Existencia de legislación que regula el pago de ciertos incentivos.

E18: Solo subsidio por asolamiento.

E4: Conflicto armado.

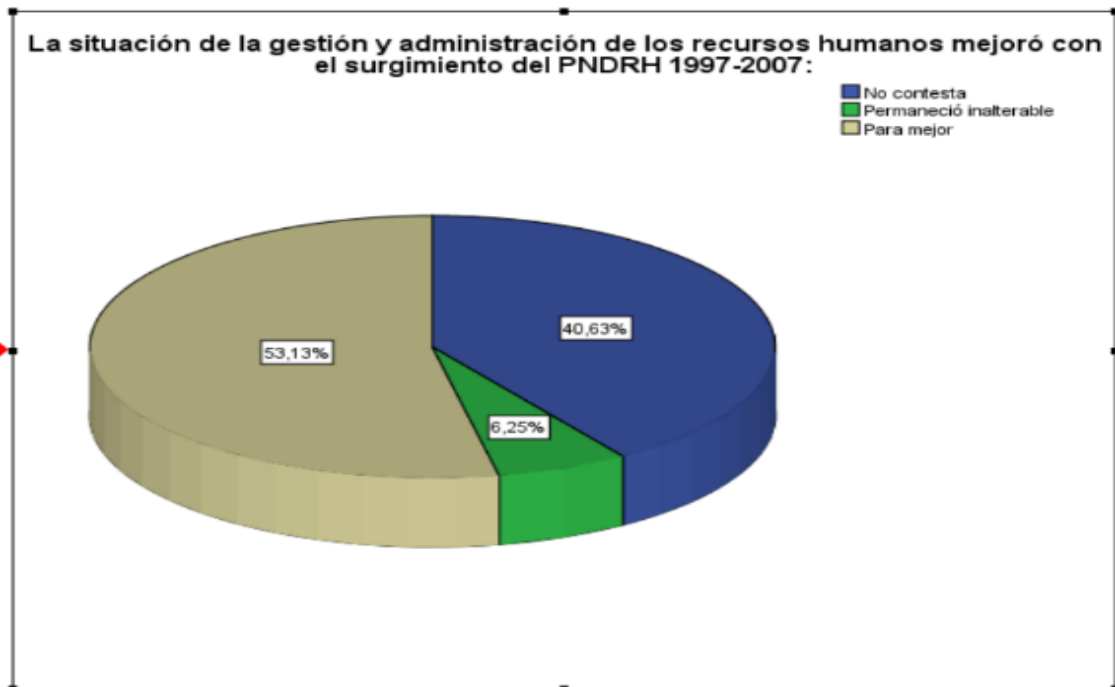
E12: Guerra. Regiones inaccesibles.

E17 y E23: Falta de condiciones de trabajo.

E27 y E29: Sólo había incentivos para los médicos.

También relacionado con la planificación, se puede añadir que se vio beneficiado por la existencia del Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos (PNDRH) 1997-2007, lo cual fue reconocido por el 75% del personal sanitario que conformó la muestra. Y el 53,3% valoró que debido al PNDRH la gestión de recursos humanos mejoró (Figura 133 y Figura 14).

Figura 13 Beneficios del Plan 1997-2007



Fuente: Elaboración propia

Figura 14 Beneficios del Plan 1997-2007



Fuente: Elaboración propia

Dentro de los comentarios se encuentran justificaciones a lo señalado como que este plan permitió mostrar el número de profesionales existentes por carrera y proyectar las necesidades de formación por categorías. Además, se informa que existió un cuadro analítico de los recursos humanos en función de las infraestructuras sanitarias en el cual se basó dicho plan.

Al igual que en la etapa anteriormente analizada, fueron reconocidos, como problemas que afectaron la etapa laboral y la calidad del desempeño, los siguientes:

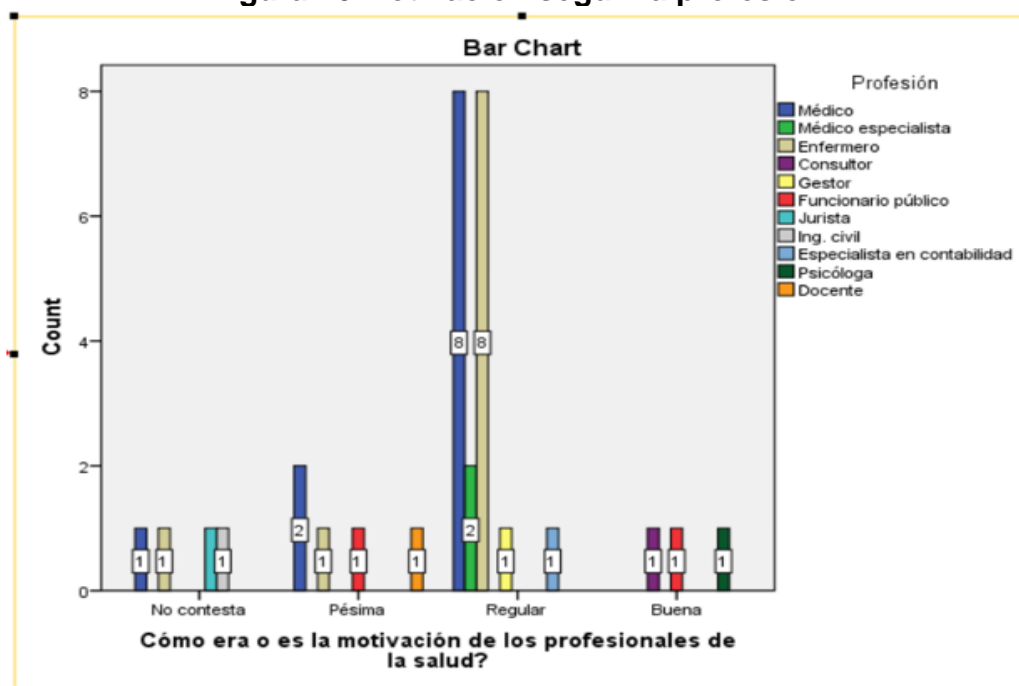
- a) La motivación de los profesionales de la salud fue evaluada desfavorablemente por la mayoría de los encuestados, 15,6% la consideró pésima y el 62,5% de regular y solo 3 de buena, lo que se puede observar de manera elocuente en el gráfico de sector circular (Figura 15) a continuación.
- b) También resulta muy elocuente que tomando en cuenta la profesión de los encuestados, 10 de los 11 que son médicos y 9 de los 10 enfermeros consideraron la motivación entre regular y mala. Los que valoraron esta variable como buena ejercían o ejercen como psicólogo, consultor e ingeniero civil (Figura 16).

Figura 15 Motivacional de los profesionalizes



Fuente: Elaboración propia

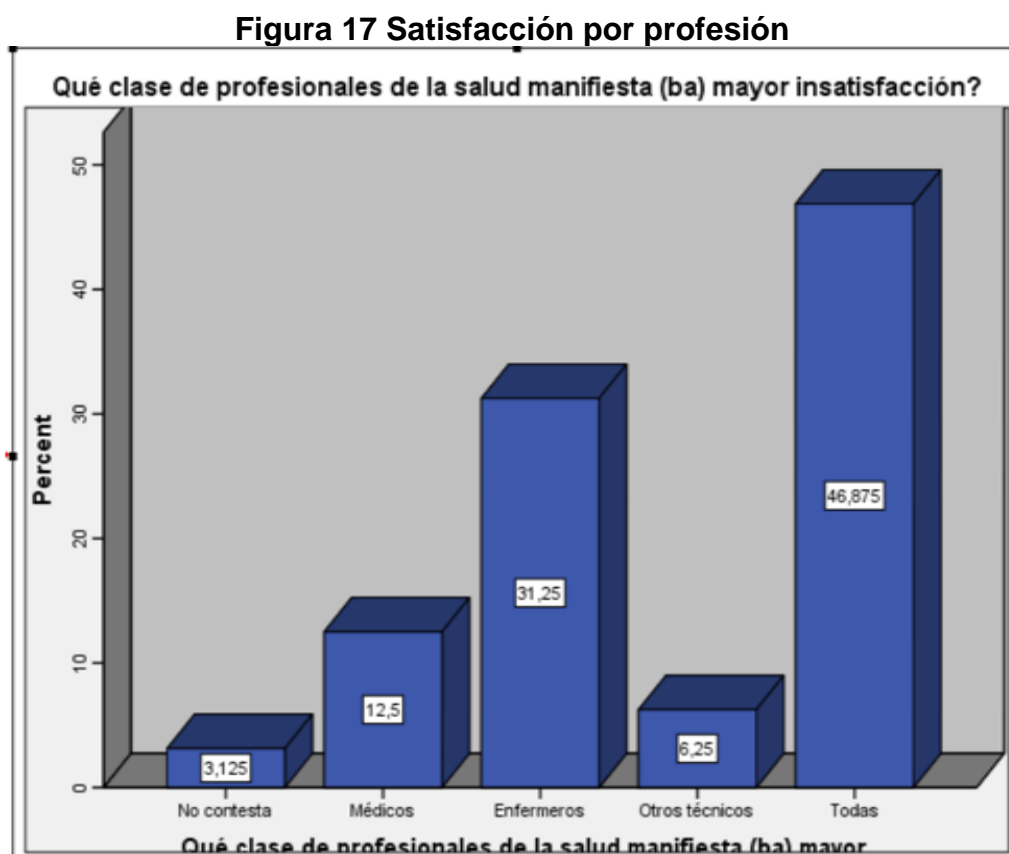
Figura 16 Motivación según la profesión



Fuente: Elaboración propia

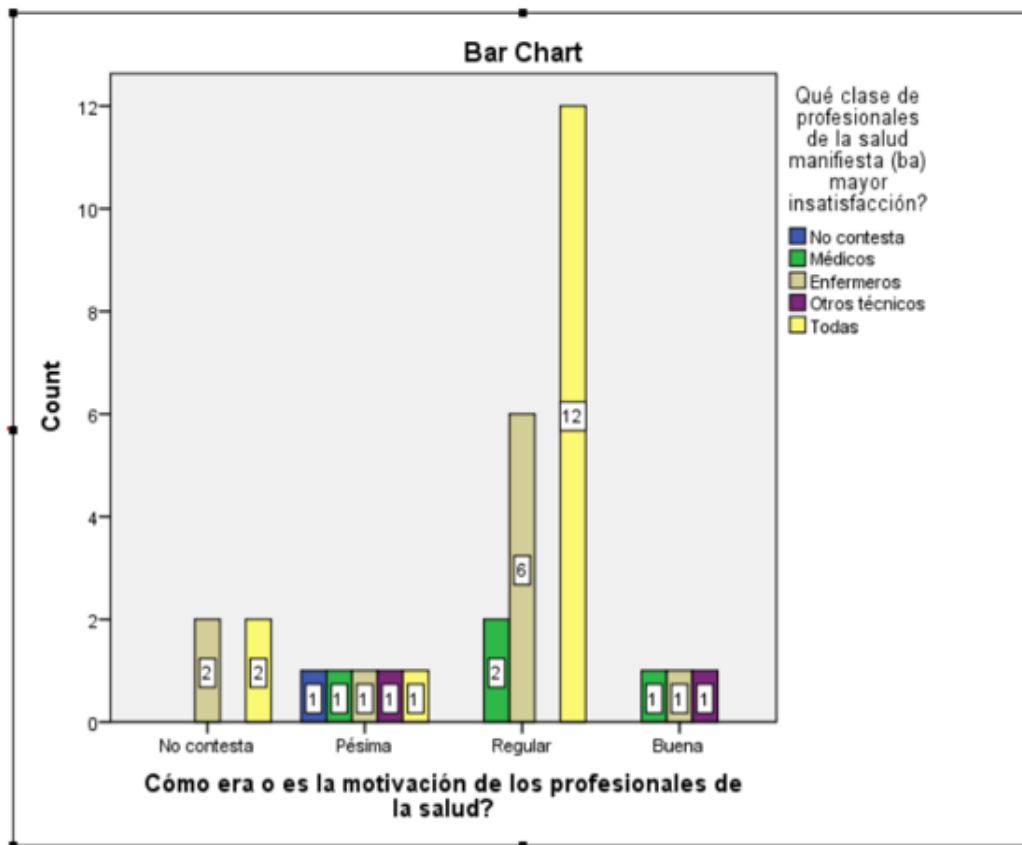
Aproximadamente el 47% señaló que todas las clases de profesionales de la salud manifestaba insatisfacción, seguidos por el 31,3% y 12,5% que afirmaron que los enfermeros y los médicos respectivamente son los que mayor insatisfacción tenían (Figura 17).

Al cruzar estas dos variables es evidente que la totalidad de los que consideraron a todas las clases de profesionales como insatisfechos valoran la motivación entre regular y mal, lo que permite afirmar que esta es una causa de la insatisfacción, según se muestra a continuación (Figura 18):



Fuente: Elaboración propia

Figura 18 Motivación/Satisfacción



Fuente: Elaboración propia

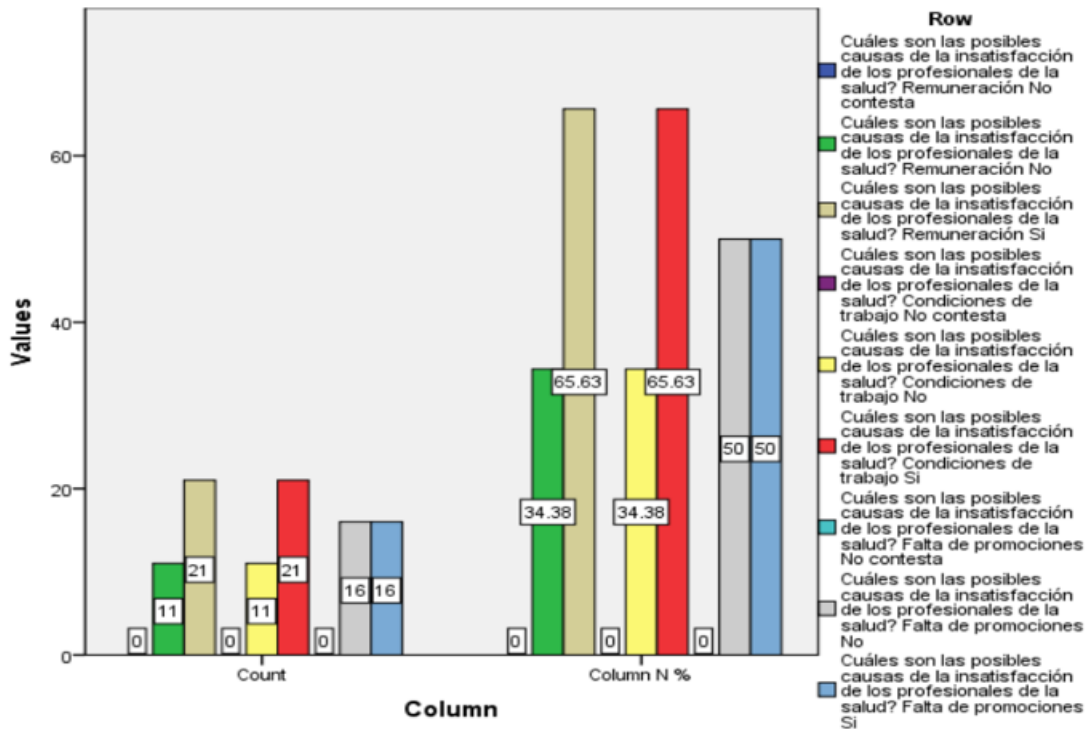
Las principales causas de la insatisfacción declaradas por los encuestados son la remuneración y la falta de condiciones de trabajo, pues 65,6% de ellos así lo afirmaron, y le sigue la falta de promociones (50%). La Tabla 10 y el gráfico de barras múltiples (Figura 19) reflejan el número de encuestados en cada posibilidad y los porcentos correspondientes.

Tabla 10 Causas de la insatisfacción de los profesionales

		Count	Column N %
Cuáles son las posibles causas de la insatisfacción de los profesionales de la salud? Remuneración	No contesta	0	0,0%
	No	11	34,4%
	Si	21	65,6%
Cuáles son las posibles causas de la insatisfacción de los profesionales de la salud? Condiciones de trabajo	No contesta	0	0,0%
	No	11	34,4%
	Si	21	65,6%
Cuáles son las posibles causas de la insatisfacción de los profesionales de la salud? Falta de promociones	No contesta	0	0,0%
	No	16	50,0%
	Si	16	50,0%

Fuente: Elaboración propia

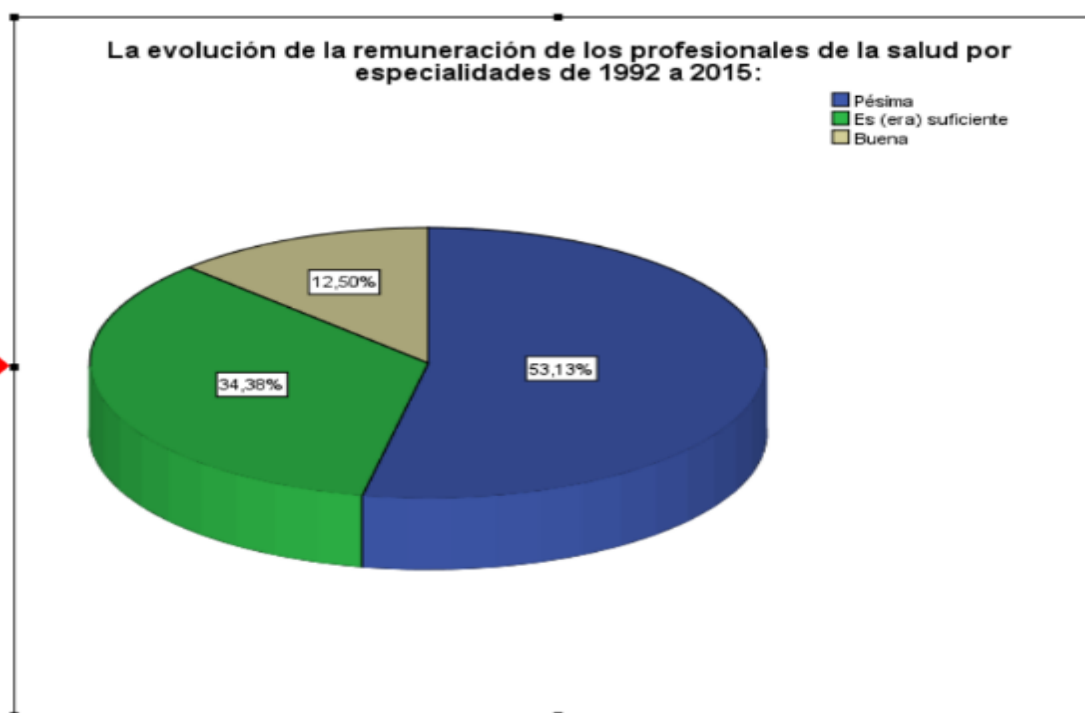
Figura 19 Causas de la insatisfacción de los profesionales



Fuente: Elaboración propia

La evolución de la remuneración de profesionales de la salud por carreras de 1992 a 2015 es valorada por más del 50% de la muestra como pésima y el 34,38% planteó que era suficiente y solo 4 de los 30 (el 12,50%) la valoró como buena (Figura 20).

Figura 20 Evolución de la remuneración



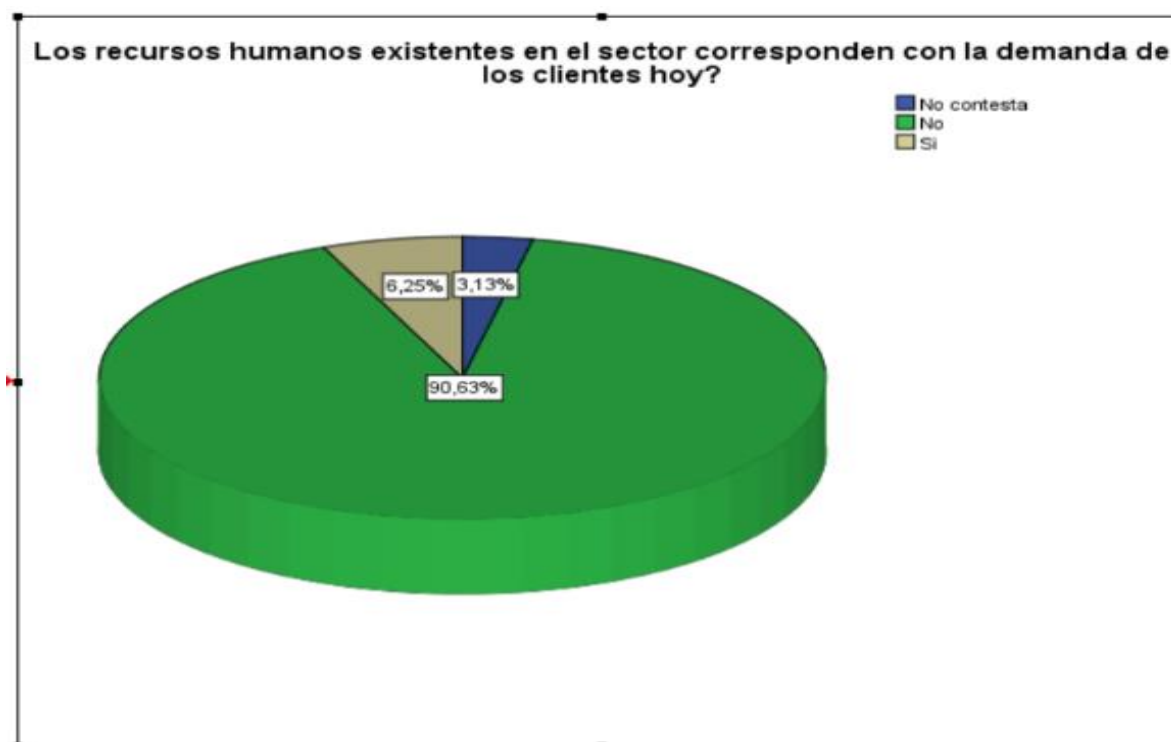
Fuente: Elaboración propia

c) La mayoría de los encuestados (90,6%) afirmaron que las promociones en clases profesionales no se produjeron de forma regular.

En cuanto a la formación del personal de salud el 85,7% expresó que fue estrategia del gobierno la abertura de más escuelas de formación de cuadros de la salud, como universidades con facultades de medicina e institutos superiores de salud. Uno afirma que fueron creadas 5 facultades de medicina, varias privadas y escuelas superiores de enfermería. Se considera que proliferaron estas instituciones, sin control de la calidad del producto. Por otro lado, la mayoría reconoce la existencia de órganos de gestión de especialidades en el MINSA, del cual dependen las escuelas de especialidades.

La mayor parte de los encuestados (90,63%) afirman que los recursos humanos en el sector de la salud no satisfacen la demanda de los clientes, lo cual se demuestra de forma fehaciente en el gráfico de sector (Figura 21). Y también son del criterio (87,5%) que la razón médico/enfermero/y otros técnicos por habitante no era compatible con la demanda poblacional.

Figura 21 Satisfacción de la demanda



Fuente: Elaboración propia

En promedio declaran que existían 2 médicos por cada 10000 habitantes y 15 enfermeros por cada 10000 habitantes.

Finalmente, el 68,8% reconoció que era posible evaluar la evolución de los recursos humanos en el sector desde 1992 hasta 2015 en términos de cantidad y calidad, pero el 67% no pudo dar una evaluación de la evolución en términos de cantidad y calidad. En cuanto a la cantidad, 6 de 30 declararon que hubo aumento de profesionales y 2 mencionaron mejora en los indicadores de salud.

Es importante señalar que 9 de 30 (E1, E2, E3, E7, E8, E9, E12, E20 y E30) reconocieron que en términos de cantidad mejoró, pero disminuyó la calidad. Opinión que merita seguir profundizando es la referente a que la

evaluación del desempeño y el aprovechamiento de las posibilidades de pos graduación son deficientes.

Análisis de Resultados de la segunda encuesta

En este caso la muestra fue seleccionada intencionalmente. Quedó integrada por 20 personas, 6 médicos, 10 enfermeros y 4 técnicos. La selección se hizo en función de encuestar principalmente personal sanitario que ocuparon u ocupan cargos por lo que entre ellos se encontraban: 3 directores municipales de salud, 3 jefes de servicio, 2 directores de enfermería, 2 jefes de bloque operatorio, 2 jefes de departamento de inspección, 2 supervisores, un jefe de departamento de recursos humanos y un director administrativo de hospital.

En la segunda encuesta se profundizó en las valorizaciones e indicadores referentes de la planificación, contratación, formación, ahora dividida en inicial y continua, gestión de desempeño, la reforma y el sistema de información.

Después de la independencia de Angola (1975) de Portugal, quedaron pocos médicos (se da el dato de solo 21 médicos por dos de los encuestados) y enfermeros y la mayoría en los hospitales terciarios (por ejemplo: Hospital María Pía (Josina Mache), Hospital Américo Boa vida (Ex Sao Paulo y Universitario) y Maternidad de Luanda (Lucrecia Paim). Estas instituciones son mencionadas entre las más antiguas en Angola.

En esta etapa los médicos que quedaron eran de pocas especialidades: Clínica general, medicina, cirugía general, ginecología, obstetricia, ortopedia y pediatría fueron las citadas. En cuanto a los enfermeros tenían una formación básica, general y muchos señalaron que eran enfermeros de 1^a, 2^a, y 3^a clase (categorías que ya no existen). Y sobre los técnicos de salud, fueron mencionados: técnicos en radiología, laboratorio, estomatología, electrocardiograma y preparadores. También muchos de los encuestados coincidieron en que eran técnicos auxiliares de 1^a, 2^a, y 3^a clase.

Una reflexión importante es que en ningún momento se refirieron al médico de la familia, o médico en medicina familiar y comunitaria, activistas sanitarios y sólo dos de los encuestados mencionaron la figura de agente

sanitario. Luego, después de la independencia los recursos humanos en salud eran muy escasos y no se encontraban en el primer nivel de atención.

En cuanto a dónde trabajaban los profesionales sanitarios y su distribución geográfica la respuesta de más coincidencia fue que trabajaban casi todos en las capitales de provincia, lo que ratifica la carencia de personal sanitario en las zonas periurbanas y rurales desde 1975.

Sobre la planificación de la fuerza de trabajo de la salud se reconoce que se hace en los gabinetes de planificación y estadísticas y en las direcciones de recursos humanos a nivel provincial y nacional.

La contratación de esa fuerza de trabajo es por concurso público con recurso documental. La mayoría reconoció que el mercado no ha conseguido absorber el número de formando, no tiene capacidad de absorción, por la existencia de pocas plazas y por lo tanto existen profesionales de la salud sin empleo en salud.

E1: “El mercado se comporta de forma tímida. No se nota una búsqueda activa de estos profesionales”.

Sobre la formación se dividió en la inicial y la continua.

Formación inicial:

Los médicos formados como licenciados en el período 1975 a 1991 (16 años) fueron muy pocos, 573, un promedio de 36 médicos por año. Y los formados como especialistas fueron 61. En el período 1992 a 1996 solo se formaron 402 médicos. No se logró obtener datos de los años siguientes.

En cuanto a los enfermeros formados como licenciados de 1975 a 1991 la mayoría respondió pocos y otros ninguno. Aparece la formación a partir de 1992, pero con cifras muy contradictorias. Aquí se debe recordar que el decreto que permitió estructurar los estratos de los niveles profesionales básico, medio e superior en una única carrera de enfermería fue en el 2010, y las carreras médicas estaban aprobadas desde 1992.

Para 8 de los encuestados, en la formación inicial hay relación entre el MINSA y el Ministerio de Educación Superior y las instituciones educativas para el perfeccionamiento de los programas. Para 4 no existe buena relación.

La definición del número de alumnos a formar en cada institución es de acuerdo con los requisitos de cada institución y por prueba de ingreso. Dos afirman que es por nepotismo. Uno menciona el sistema de bolsas internas y externas. Y otro que se tiene en cuenta la relación profesor/alumno. No existe entonces una planificación centralizada que pueda garantizar un número de egresados y una distribución geográfica de acuerdo con las necesidades de cada territorio.

Sobre la definición de los perfiles de egreso solo se pudieron recoger pocas respuestas, a saber;

E5: “En el país no existe norma que defina los perfiles de egreso”,

E19: “De acuerdo con los requisitos de cada institución”.

La designación de las diferentes carreras universitarias y el número de alumnos en cada una de ellas no se realiza de acuerdo con el perfil epidemiológico del país, provincias y municipios, es una decisión de cada institución educativa, de acuerdo con su capacidad y la situación financiera.

Con respecto a cómo puede ser garantizado que el número de alumnos de cada municipio y provincia que entre las universidades sea planificado de acuerdo con sus respectivas necesidades y de esta manera posibilitar que después de graduados regresen a ejercer a su lugar de origen se destacan las siguientes ideas:

E1: “A través de cuotas por provincias sin descartar por licitación pública, mejoría de las condiciones sociales y salariales de los profesionales, incentivos financieros y de créditos bancarios y formación en el local”,

E2: “Adecuar el proceso selectivo a las necesidades”,

E4: “Garantía multifactorial teniendo en cuenta el mercado”,

E6 y E11: “Creando condiciones financieras locales”,

E9 y E16: “Creando condiciones para la inserción”.

La relación de los estudiantes desde lo curricular con instituciones de salud primarias, secundarias y terciarias arrojó elementos importantes. 4 de los encuestados reconocen que es pobre. 6 precisan que a través del currículo, que elabora cada institución, existe relación mediante prácticas (estagios). Uno solo reconoce que realizan monografías de fin de curso en estas instituciones de salud. Además:

E10: “Buena relación, solamente en las públicas”,

E5: “La realidad es que se hace más en los niveles secundario y terciario”.

Entonces se vuelve aquí a cuestionarse cómo se enseña la labor en el primer nivel de atención, y se motiva para realizar la atención primaria de salud.

La formación en salud familiar y comunitaria es valorada por la mayoría como muy débil. Tres de ellos afirman que se desarrolla a través de la formación post-graduada y:

E1: “El problema de la formación en salud familiar y comunitaria es todavía muy deficiente porque esta área es desarrollada sobre todo por ONGs y hay necesidad de una mejor formación estructurada por el sector de salud, en colaboración con las autoridades tradicionales y las escuelas”.

La valoración sobre la calidad de la formación inicial no es buena. Solo 4 plantean que es razonable o suficiente. El resto dio un criterio desfavorable. Criterios que merecen análisis son:

E9: “Poco rigor en la enseñanza”,

E10: “Poco rigor, sobre todo en las instituciones privadas”,

E16: “Un número exagerado de alumnos por turno”,

E6, E8, E11 y E18 se refirieron a la falta de docentes calificados y la falta de incentivos para estos”.

La mayoría afirma que no existe retroalimentación de las instituciones de enseñanza sobre las deficiencias en los exámenes (concursos públicos), ni participación de estos en el proceso de elaboración.

E5: “Pienso que no existe estudio de evaluación. No hay proyectos que evalúen el origen de los profesionales que entran al mercado de empleo, ni se evalúa las dificultades de los que pudieron obtener plazas”.

Formación post-graduada y especializada

Las plazas de formación post-graduada y especializada son decididas por cada institución sanitaria y no se establece relacionamiento con el Ministerio de Educación Superior. Cuando se interrogó sobre la formación post-graduada y especializada en su institución las respuestas fueron:

E5: “Es más generalista, no obedece a las necesidades”,

E3: “El técnico supera las dificultades día a día”,

E2 y E14: “No existen”,

E16: “Por solicitud y publicación”,

E17: “Se hace por beca y por remisión”,

E1: “A pesar de algunas dificultades ha evolucionado, pero apenas para la carrera médica, que no es del todo la deseada”.

La formación post-graduada y especializada a partir de 1975 para los médicos fue la más mencionada y en ningún momento apareció la medicina familiar comunitaria. En cuanto a la formación de este tipo para los enfermeros la que más apareció fue la general y la mayoría coincidió que es por transmisión de conocimientos y habilidades de los profesionales más viejos a los más nuevos. Realmente se aprecia poca oferta, satisfacción y eficiencia de la

formación permanente y/o continua, lo que resulta muy preocupante ante los cambios epidemiológicos, la propia situación epidemiológica en Angola, los avances tecnológicos y científicos en la esfera de la salud y las debilidades ya señaladas en la formación inicial.

La comparación de la formación entre los dos períodos en análisis en la presente tesis es la siguiente: En el período 1975 a 1991 las opiniones están divididas en cuanto a la mejoría o no y a partir de 1992 hay una tendencia mínima a reconocer mejoría. Sí hay mucha coincidencia en cuanto a las causas de la valoración negativa sobre la formación, a saber:

E2: “Faltó una buena gestión. Poco presupuesto y poca pertinencia en la formación”,

E5: “Falta de coordinación entre los Ministerios”,

E8: “Períodos de guerra”,

E12: “Falta de profesores calcificados”.

Teniendo en cuenta que en la primera encuesta ya se tenía información sobre el desempeño en esta se indagó sobre la evaluación del desempeño, el número de consultas y la satisfacción.

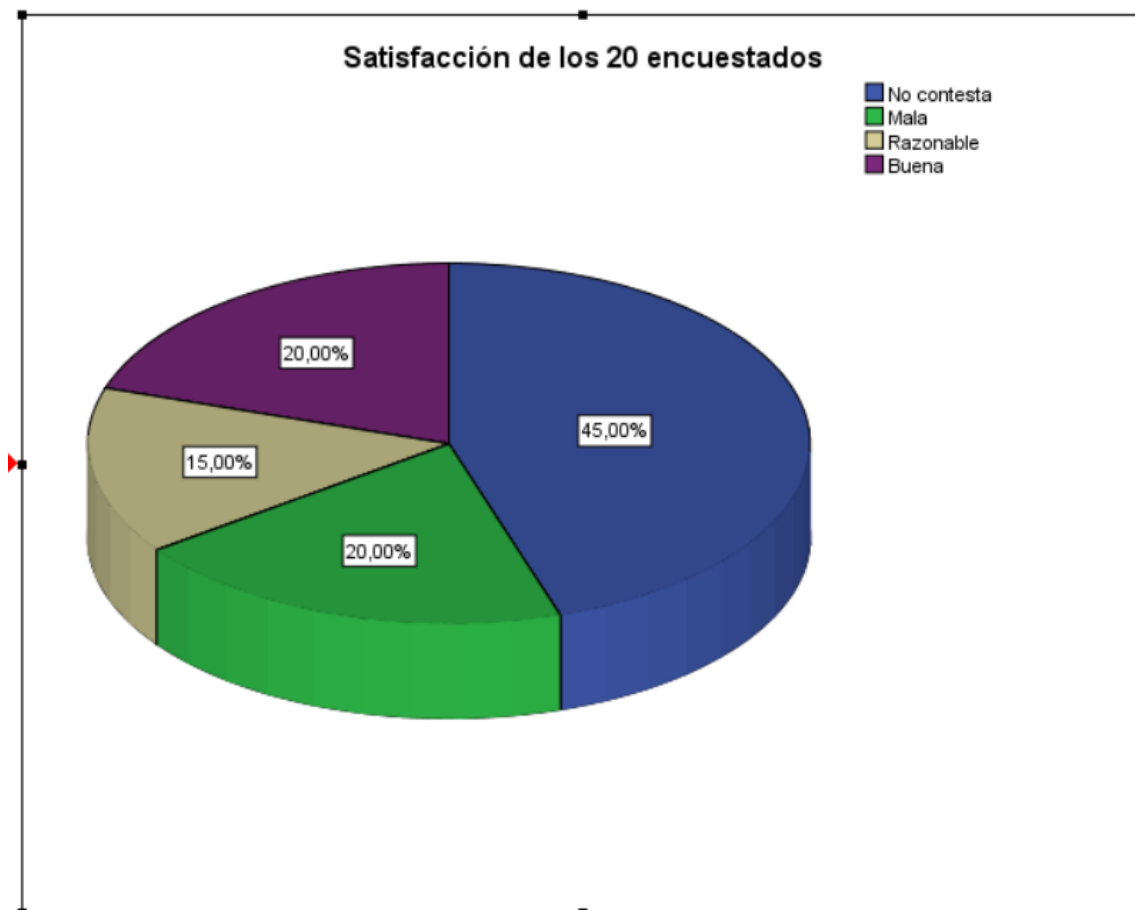
La evaluación del desempeño se realiza a través de un modelo del Ministerio de Administración Pública, Trabajo y Seguridad Social (MAPTSS) concebido para la función pública, pero que no se adapta a la realidad del sector de salud y es de 3 en 3 años. De los 20 encuestados, 8 respondieron que sí existen perfiles de desempeño por competencia y 6 que no.

Muy pocos respondieron el número de consultas por día. La media fue de 10 a 15 pacientes por día.

El grado de satisfacción de los profesionales de salud arrojó opiniones contradictorias, como en la primera encuesta: de los 20, 4 (20%) que es buena, 3 (15%) que es razonable, 4 (20%) la evaluaron de mala y el resto no respondió

(Figura 22) .Las posibles causas de la insatisfacción fueron: No haber cuadros suficientes, falta de equipamiento y falta de técnicos calificados.

Figura 22 Satisfacción de los 20 encuestados



Sobre el componente de salida la mayoría coincidió que las reformas son por criterio de tiempo de servicio, edad e incapacidad y a través del INSS.

La comparación final entre las etapas de los servicios de salud ratificó muchos de los argumentos ya aportados:

- En la etapa colonial
Sistema elitista, solo para un grupo, y exclusión de la mayor parte de la población. Aprovechamiento de las potencialidades de los servicios no lucrativos (iglesias y ONGs).
- De 1975 a 1992

Sistema con foco en la salud de toda la población, gratuidad de los servicios y universales. Aumento de profesionales. Cuadros poco capacitados.

- De 1992 a 2015

Surgimiento del sector privado que mejoró aspectos por existir una red sanitaria más extensa, con alta tecnología, pero que no atiende a la población más carenciada y con bajo recursos financieros.

E5: “Quien tiene dinero puede ir a los servicios sanitarios privados”

Nadie se refirió a la atención primaria de salud, que desde el Plan de Desarrollo de los recursos humanos 1997-2007 aparece como prioridad. Solo uno menciona como ventaja de esta etapa la implementación de la municipalización en salud. Luego, se puede afirmar que no se es consciente de la necesidad de reformar el modelo de atención primaria de salud.

Al profundizar en las causas por las cuales no se cumplió la meta de 3 médicos por cada 10 000 habitantes en el 2015, establecida en el Plan de Desarrollo Sanitario 2013-2025 las respuestas fueron:

E1: Aumento progresivo de la población, poca formación de médicos y falta de plazas”,

E5: “La formación de médicos está muy retraída, la cuota es muy poca”,

E8: “Pocos médicos formados en el país, depende del exterior”,

E17: “Falta de inversión en formación técnico-profesional”,

E13: “Falta de recursos financieros”,

E12: “Falta de interacción entre los funcionarios de salud”,

E14: “Muchos aspectos no fueron observados”,

E16: No se cumplieron las etapas descritas”,

E14 y E18: Falta de política clara en el Ministerio de Salud”,

E4: “El escenario mundial relacionado sobre todo con la crisis económica y la baja del precio del petróleo”.

Al referirse a las causas posibles de las cuestiones formuladas con anterioridad en función de las consecuencias en la vida de la población se reconoció:

E1: “Efecto provocado por la economía de mercado”,

E1: “Deficiencias en cuanto a los determinantes de salud: agua potable, saneamiento básico, pobreza, etc.”,

E8 y E9: Guerra tras guerra”,

E2: “Desigualdades en la asistencia”,

E5: “División del tipo de asistencia entre pobres y ricos”,

E16: “Degradación de la salud de la población”,

E3 y E10: “Salud pública débil”,

E12: “Falta de interacción entre los profesionales”,

E17: “Ausencia de políticas de salud eficientes”,

E7: “La receta dada por el MINSA no es suficiente”.

Sobre cuáles son las profesiones del personal sanitario más críticas en el país, uno solo respondió sobre las médicas:

E1: “Estomatología, ortopedia, oncología, infectología, para citar algunas”,

Y la mayoría afirmó que estaban en la clase de enfermería. Y sobre qué se debe hacer para alcanzar su existencia, 6 consideraron que se debía apostar en la formación, dos que valorizando mejor la profesión, uno que es necesario la organización en la clase de enfermería y otro que se debe mejorar la supervisión en las escuelas.

Otro aspecto importante para el desarrollo es la valoración sobre las investigaciones en salud. Al respecto, la mayoría de los encuestados afirmó que

en Angola no existen profesionales de salud dedicados a la investigación. En general investigan los técnicos de salud que trabajan en el Instituto de Investigación de Salud (INIS). Existe desconocimiento en el personal sanitario de cuáles son los resultados científicos, solo 3 supieron decir en qué se investiga, pero no cuales son los resultados obtenidos:

E1: “Aspectos clínicos, laboratorillos, de salud pública”,

E2: “Hipertensión arterial, en vertiente comunitaria y gestión hospitalaria”,

E19: “Malaria, toxicología”.

De aquí también se desprende que hay problemas en la relación entre las investigaciones y la formación post-graduada que debe estar basada en los resultados científicos.

Sobre los gastos en salud, solo E1 presentó una tabla con el presupuesto en salud desde 2000 hasta 2015, el resto se limitó a decir: “insuficiente”, “No satisfactorio”.

Sobre el sistema de información, 50 % respondió que no existe un sistema de salud con indicadores armonizados para la selección, procesamiento y difusión, solo dos afirmaron que sí existe. Este elemento tan importante debe ser objeto de una mayor profundización.

Sobre la historia de la gestión de recursos humanos en salud en Angola los encuestados no pudieron dar información relevante, lo que unido a lo ya señalado en cuanto a las limitaciones en algunos indicadores y valoraciones realizadas motivó al autor de la tesis a realizar una entrevista a profundidad.

c. Análisis de Resultados de la observación y de las entrevistas en profundidad

Para la primera entrevista a profundidad se seleccionaron 11 cuadros, la mayoría de los cuales pertenecientes a la muestra caracterizada anteriormente. Se debe destacar la inclusión en este caso del actual Director Nacional de

Recursos Humanos en Salud y al médico Decana de la Facultad de ISCISA de la Universidad Agosthino Neto.

En esta entrevista con 11 dirigentes de salud se indagó en el conocimiento y cumplimiento de documentos relacionados con la gestión de recursos humanos en salud y se aprovechó para seguir profundizando en los componentes de dicha gestión: planificación, contratación, formación, desempeño, salida y sobre el sistema de información.

Sobre el conocimiento de la historia de la gestión de recursos humanos en salud en Angola se obtuvo afirmaciones importantes que complementan lo señalado en el capítulo I, y en la primera y segunda encuestas, pues reflejan como esta gestión ha estado influenciada por el tipo de sistema imperante: colonial (antes de 1975), de tendencia socialista (de 1975 a 1992) y de tendencia capitalista de mercado (de 1992 hasta la actualidad).

E1: “Antes de 1975: Gestión de un pequeño grupo de recursos humanos teniendo en cuenta el contexto colonial. Funcionalismo muy limitado a europeos y algunos recursos humanos de otras razas. Un sistema de contratación pública de cuadros y asalariados.

De 1975 a 1992: Gestión centralizada para dar respuesta a los desafíos del aumento, transición política conceptual, servicios prestados exclusivamente por el estado y gratuitos.

De 1992 a 2015: Gestión también centralizada con mejoría por la introducción de métodos informáticos y de comunicación. Aparición del sector privado absorbiendo recursos del sector público”.

E2: “Todos los profesionales de la función pública independientemente de la profesión pertenecían a una única carrera de agentes públicos hasta 1990. Las carreras especiales surgieron a través de la ley No. 17/90 del 20 de octubre que aprobó las reglas y procedimientos de carreras profesionales que no existían”.

Cabe recordar que a partir de esta ley es que aparecen los decretos sobre el régimen y estructura de las carreras médicas (1992), de técnico de diagnóstico y terapéutico (1997) y de enfermería (2010).

Sobre la Estrategia 2015 promulgada en el 2008 por el gobierno angolano la mayoría coincide que significa planeamiento estratégico para hacerle frente a los desafíos, incluyendo la gestión de recursos humanos en salud.

E3: “La Estrategia 2015 es un documento que invierte en capital humano, en el conocimiento de Angola y en tecnología;...es una base común del Plan Nacional de Desarrollo; instrumentos de gestión del desarrollo del país a mediano y largo plazo”.

Sobre lo que significó para la gestión de recursos humanos en salud, la Política Nacional de Salud promulgada en 2010 la mayoría se limitó a plantear generalidades: “Desafíos”, “Promover la calidad de vida y reducir los riesgos de salud”, “Acercar la salud a las comunidades”. No obstante, elocuente es la respuesta de E1:

“Se realizó un diagnóstico sobre los recursos humanos en Angola en todas las esferas de actuación; contribuyó a la implementación del proceso de reconversión de carreras profesionales; permitió identificar lagunas hasta entonces existentes”.

En cuanto al Plan Nacional de Desarrollo Sanitario 2012-2025, que incluyó metas hasta el 2015, se interrogó sobre donde hubo o no progresos.

Los aspectos de mayor progreso están en el aumento de cuadros de salud y de instituciones sanitarias.

Los elementos de menor progreso se relacionan con la formación post-graduada e de especialistas, la calidad de recursos humanos en salud, el financiamiento y la investigación en salud.

En este caso se entiende prudente presentar las respuestas siguientes:

E3: “Hubo un incremento en formación médica y poca inversión en la formación post-graduada (especialización, amaestrado y doctorado), por el hecho de haber poca inversión para el desarrollo de instituciones públicas de formación en salud y en la calificación del personal docente”,

E7: “Bien concebido/ deficiente implementación. Débil capacidad financiera e inestabilidad por movilidad de gestores”,

E8: “Más estructuras sanitarias construidas faltando recursos humanos calificados”,

E9: “Falta de investigaciones científicas, porque en nuestro país mal se apuesta en las áreas de investigación en salud”.

Se puede afirmar que el conocimiento sobre el Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (PDRHS), que fue elaborado para el período 2013-2025 es muy pobre. Esto indica que en la formación permanente de los gestores hay que introducir estos documentos legales, pues en este plan, por ejemplo, aparece un diagnóstico con amenazas y oportunidades de la GRHS en Angola y además, escenarios de crecimiento hasta 2025, proyectos y programas de trabajo.

Sobre por qué no se logró la meta para el 2015, del plan referido en el párrafo anterior, de 3 médicos por cada 10 000 habitantes, las respuestas coinciden con la falta de concursos públicos por falta de plazas, un caso añade la falta de incentivos en las provincias y otro afirmó que depende mucho de la formación.

E2: “El alcance de las metas ha sido afectada por la crisis económica y financiera que el país enfrenta desde 2014, lo que limita la realización de concursos públicos para el ingreso de nuevos médicos...”

Sobre el proceso de planificación de los recursos humanos en salud se puede afirmar que:

- Planifica la Dirección Nacional de Recursos Humanos y el Gabinete de Estudios, Planeamiento y Estadística (GEPE), con base a las necesidades de los municipios y provincias,
- Estas necesidades son conocidas a través de relatorías de los niveles municipales y provinciales,
- El perfil epidemiológico del país, provincias y municipios se tiene en cuenta, pero este proceso no es del todo satisfactorio.

E1: “Con responsabilidad, pero con algunas limitaciones”,

E6: “Todavía es negativo”.

Ninguno de los entrevistados ejemplificó mediante una determinada enfermedad cómo se planifica teniendo en cuenta el perfil epidemiológico.

En cuanto a las relaciones entre las instituciones primarias, secundarias y terciarias merecen mención las afirmaciones siguientes:

E1: “Existe relación pero de forma poco funcional, por el hecho de estar invertida la pirámide sanitaria en muchos casos”,

E3: “El sistema de referencia y contra referencia no funciona de forma efectiva”,

E6: “La relación no funciona en pleno”.

Cuando se interroga cómo son tomadas en cuenta las necesidades de la población, la respuesta que más coincide está relacionada con el crecimiento de las unidades sanitarias, pero:

E1: “Con aumento de infraestructuras sanitarias, aunque muchas de ellas con falta de recursos humanos y tecnológicos”,

E6: “Las demandas no son bien orientadas, falta de reglamentos”.

Sobre cómo se hace la distribución geográfica no hay mucha claridad, uno se limitó a decir que por unidades sanitarias y otro afirmó que la distribución geográfica no funciona en pleno.

Al cuestionar sobre las profesiones críticas se coincide en el nivel de especialidades médicas y de enfermeros especializados. Uno relaciona las siguientes: Dentistas, técnicos de imagiología, técnicos de anestesiología, ortopedistas, nefrologistas, etc.

El proceso de contratación es por concurso público con plazas establecidas en función del número de población, el perfil epidemiológico, número de profesionales, unidades sanitarias existentes y el financiamiento. Pero la demanda es muy superior a la oferta por lo que se confirma como en la encuesta número dos la poca capacidad de respuesta.

Los exámenes de ingreso del concurso público son preparados por técnicos del MINSA con contenidos y de cultura general, escritos en el sistema de respuestas múltiples. Sobre las principales dificultades de los aspirantes se pueden resumir en:

E1: “Deficiencias en la formación de base en los niveles anteriores, débil dominio de la lengua portuguesa, de aspectos de cultura general y también técnicos”.

No se considera que existe retroalimentación y análisis de dichas deficiencias por parte de las instituciones educativas, lo cual reafirma falta de relación del MINSA con estas.

Luego, existen falencias en el proceso de contratación: El mercado de trabajo no absorbe toda la demanda, varios profesionales de salud se quedan sin plazas, a lo que se le une los que no aprueban el examen de concurso público y también los que no aceptan ocupar plazas fuera de Luanda, en lo cual incide las condiciones de trabajo y de acomodación en otras provincias y la situación financiera.

Para el componente formación en esta entrevista se profundizó en la formación permanente.

La progresión de carreras profesionales, de acuerdo con varios decretos, promulgados después del 2011 (comentados en el análisis de documentos realizado), prevé la ascensión vertical y horizontal, existiendo plazas y cumpliendo requisitos establecidos como: un número de años de permanencia y una evaluación de desempeño satisfactoria. No obstante hay que considerar que:

E6: “Antes de 2016 no funcionó”,

E7: “Tímidamente, poca inversión”,

E8: “Hay debilidades en la subida de artículos”.

Por otra parte, se reconoce que el proceso de reestructuración de programas de especialización post-médica y de formación post-graduada planteado en el

PDRHS, ha evolucionado con la creación de más colegios de especialidades, pero que es difícil su implementación por falta de cuadros y una inversión todavía débil.

Algo importante es el reconocimiento de la existencia actualmente de una comisión de reforma curricular de todos los cursos de enseñanza superior; proceso orientado por el Ministerio de Enseñanza Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación y que para ello se debe monitorear y evaluar permanentemente a los actores en las diferentes áreas y mejorar la divulgación de la legislación sobre la materia, la participación de todos y la capacidad financiera.

Lo nuevo que aparece en esta entrevista a profundidad sobre el componente de desempeño es que el sistema de evaluación de desempeño, que el PDRHS orienta su creación, todavía aguarda su aprobación.

Además, se reconoce por 6 (solo respondieron 8) que no existen todos los perfiles de desempeño por competencias.

La evaluación actual del desempeño del personal sanitario es contradictoria, 4 afirman que es razonable y 4 que es insatisfactoria.

Sobre el proceso de salida en específico sobre las causas de pérdida de recursos humanos en salud las opiniones se concentran en:

E1: “Jubilaciones, fallecimientos, y la falta de ingresos regulares de nuevos cuadros por constante falta de plazas en el sistema”,

E2: “Salarios y condiciones de trabajo”,

E3: “Desmotivación salarial, desvalorización profesional y deficientes condiciones de trabajo”,

E8, E9 y E10: “Remuneración no satisfactoria”.

Sobre el salario se ratifica que todavía no es satisfactorio y en cuanto la remuneración se valora poco valorizada y practicada. E2 propone incrementar la

gestión de carreras, promoción, nominación a cargos, formación y la integración en equipos de trabajo especializados.

Se reconoce por la mayoría que no está suficiente documentado el valor agregado de la existencia de equipos multidisciplinarios con un abordaje de salud familiar, comunitaria liderado por el médico de atención primaria. Se propone para lograrlo:

E2: “Incentivar para que los profesionales de las diferentes áreas no resistan en funcionar en la periferia, lo que implica una atención especial a los mismos”,

E3: “Elaborar legislación propia y creación de estructura central”,

E6: “Falta de formación en esto”,

E7: “Implementación y creación de condiciones técnicas”,

E8: “Mayor incentivo para la formación de más profesionales en esta área”,

E10: “Formación a todos los miembros y no solo a los médicos”,

E11: “Diálogo entre los interlocutores sociales”.

Sobre el sistema de información se complementa lo ya conocido con que el observatorio sobre recursos humanos en salud, que está planificado en el PDRHS, no está completamente instrumentado. Todavía se experimenta en varias provincias.

Teniendo en cuenta todo lo señalado sobre el primer nivel de atención el autor de la tesis visitó el Centro de Salud de Sequele con el objetivo de observar in situ una sesión y las condiciones de trabajo según los postulados de la APS. La observación fue no estructurada pues no se es partidario de utilizar plantillas para realizar la observación. No es aceptable contemplar la realidad para forzar su inclusión en unos casilleros previamente preparados. Los resultados de la observación se presentan a continuación:

Durante la visita, las condiciones fueron buenas, con excelente higiene, e instalaciones bien organizadas. Había cerca de 50 o 60 pacientes, varios ya eran atendidos y otros esperando, algunos en salas de observación y otros en la sala de partos. Las manifestaciones externas obvias son la impaciencia por el tiempo de espera. Estaban trabajando 14 profesionales. De estos, un médico, 3 técnicos de laboratorio, 5 enfermeros, 2 parteras y 3 administrativos. El médico como gerente, las enfermeras que realizaban la selección de los pacientes con el fin de brindar una atención mediata o inmediata, según la gravedad de la situación de cada uno y otras personas que administraban el tratamiento. Los técnicos de laboratorio hacían exámenes, los administradores que atienden al resto del público y otros desinfectaban el centro.

Esta observación motivó una entrevista a profundidad con un médico que haya trabajado en dicho centro y un funcionario del MINSA, para profundizar en el cumplimiento de los postulados de la APS.

El médico señaló que durante un día de trabajo atiende a enfermos en consultas ambulatorias y urgencias.

Sobre lo que significa la APS para ellos solo apuntaron que permite acompañar mejor a los enfermos y rotar servicios y recursos humanos. Que si bien es cierto, faltaron elementos de promoción y prevención, de labor con la familia y comunidad, de rehabilitación, así como el establecimiento de la relación con los hospitales municipales y especializados, a partir de los requisitos de referencia y contra referencia.

Es muy significativo que los dos hayan afirmado que no conocen documentos internacionales y del gobierno angolano sobre la APS. En la tesis se ha evidenciado que Angola posee planes estratégicos que en su letra, como aspiración, aparece la intención de aplicar los postulados de la APS. Se puede afirmar que el reconocimiento de estos postulados provoca una aplicación no adecuada de los mismos.

La cuestión de cómo es la participación de la familia y de la comunidad en cuanto la APS fue respondida como sigue:

Médico: Permite que los enfermos conozcan la importancia de los centros de tratamiento.

Funcionario: Es importante la participación de la comunidad ya que se disminuyen los rezagos de educación para la salud.

Es evidente que estas opiniones no enfocan la importancia de la APS para lograr que la responsabilidad de la salud comience por el individuo, la familia y la comunidad; sus acciones y del personal sanitario de educación para la salud, y por disminuir los problemas con los determinantes de salud existente, el contacto diagnóstico y despenalización sistemáticos de toda la población correspondiente al área de atención y en particular, de los más vulnerables.

Las respuestas a las causas por lo que los angolanos tienden a frecuentar los complejos hospitalares del tercer nivel y no estos centros de salud son muy elocuentes, a saber:

Médico: Por falta de confianza en los centros y puestos de salud y falta de nivel educativo.

Funcionario: Por falta de un documento normativo de referencia y contra referencia.

Las acciones de promoción y prevención por ellos mencionadas son:

- Educar a la población en cuanto la higienización de sus casas.
- Recomendar el uso de mosquiteros.
- Eliminar los charcos de agua.

Y el funcionario hace mención a la formación de agentes comunitarios.

Si se toma en cuenta que según la OMS la promoción es el proceso que permite a las personas incrementar el control que se tiene sobre la salud, para mejorarla, mientras la prevención se enfoca en eludir y evitar una enfermedad. Estas tres primeras acciones más bien se pueden situar en la concepción limitada de la APS en función de prever una determinada enfermedad, e incluso no se hace referencia a la prevención que se orienta a detectar las enfermedades lo más tempranamente posible, cuando aún no hay síntomas, facilitando así una intervención que retrase o impida la evolución de la

enfermedad. Por otro lado, no se mencionan acciones de promoción para fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud.

Sobre cómo funciona el sistema de referencia y contra referencia, el médico se limita a reiterar que se ejecuta sin la existencia de una norma escrita y ambos afirman que un paciente atendido en un centro de salud puede ser transferido a un hospital terciario. En opinión del autor de la presente tesis no hay claridad de todo lo que se debe tratar de hacer para brindar la máxima atención en este primer nivel de contacto con los pacientes y además, no se menciona nada sobre el sistema de contra referencia, para cuando el paciente regresa de la atención en los centros secundarios o terciarios.

Sobre los equipos que poseen son relacionados los de Rx, microscopios y computadoras.

Es muy significativo que ambos reconocen no tener formación en medicina familiar y comunitaria. Y tampoco pueden relacionar qué preparación le falta en este contenido.

Los determinantes de salud que más afectan a la población que se atiende según los entrevistados son la falta de agua. Energía y alimentación.

Sobre la existencia de cuestiones que pueden ser mejoradas plantean:

Médico: Educar al pueblo.

Funcionario: Varias, como desagregar correctamente el presupuesto.

Sobre el número de pacientes atendidos por día coinciden en afirmar que en media de 50 a 75 personas y 75 es el número medio de consultas por día.

Y finalmente la pregunta sobre los principales problemas de los pacientes el médico señala que son las enfermedades corrientes y el funcionario del MINSA menciona:

- Falta de orientación.
- Falta de reactivos.

- Falta de transporte para ejecutar la referencia de algunos casos.
- Falta de luz y agua.

CAPITULO IV

Discusión del Resultados de la triangulación de fuentes

4- Presentación de la Discusión del Resultados de la triangulación de fuentes:

Como resultado de la estrategia de triangulación de las fuentes: análisis de documentos generales y específicos de Angola sobre la gestión de recursos humanos en salud, encuestas y entrevista en profundidad, se estimó conveniente presentar las características de las políticas públicas de salud en Angola en el dominio de la Gestión de Recursos Humanos en Salud dividido en las tres partes siguientes:

4.1 -Características generales,

4.2. Características específicas de la etapa 1975 a 1992

4.3. Comparación entre las etapas .1975-1992 y 1993-2015

4.1-CARACTERÍSTICAS GENERALES

1. La gestión de recursos humanos en salud ha estado afectada por condiciones internas muy específicas de Angola y otras de carácter externo, a saber:

- Períodos de guerra durante 40 años, antes de 1975, la lucha por la independencia de la metrópoli Portugal (13 años) y después, hasta 2002, la guerra civil (27 años) entre facciones guerrilleras que eran rivales políticos y que controlaban diferentes zonas del país.
- En esta guerra civil también influyó la confrontación de los bloques socialistas (del este) e capitalistas (del oeste).
- Tres regímenes políticos con características muy diferentes: Etapa colonial, antes del 75, del 75 a 1992 gobierno socialista y después hasta la actualidad capitalismo, con economía de mercado. Por lo que ha existido una transición política conceptual y práctica muy cambiante en tan solo 45 años.
- La población, de gran crecimiento, vive en proporción mucho mayor en zonas urbanas, fundamentalmente en Luanda, que

además tiene una concentración muy grande en zonas periurbanas.

- Un país muy dependiente del precio del petróleo, con un mercado informal muy fuerte.
- Un deterioro de las estructuras sanitarias sobre todo en el sector rural.
- Una afectación grande en los determinantes de salud: agua, saneamiento, educación, pobreza, etc.
- El escenario mundial y las crisis económicas.

2. Angola, es un estado con un déficit crítico de RHS; se encuentra dentro de los diez países de los 46 de la Región Africana de la OMS así declarados, lo cual es reconocido en el PDRHS 2013/2025 del Gobierno angolano.
3. Entre los modelos de Gestión de Recursos Humanos propuestos por Pause (1989, cita en Boselie, Paauwe & Jansen, 2001) se esperaría que el sector público mostrara una mayor proximidad a burocracia mecanicista, ya que está consagrada en un sistema jurídico-legal anclados en la estandarización a través de leyes y otras regulaciones públicas; sin embargo, el alto grado de formalización que existe en las normas no se traslada a la práctica. Se puede afirmar que el modelo de Gestión de Recursos Humanos en salud en Angola es configuración, tomando en cuenta el contexto y con elementos de ambos modelos el de mercado y el de flexibilidad.
4. A partir de los Planes de Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud aumentó la cifra de profesionales formados, pero la calidad se sigue valorando con problemas. Se sugiere por los encuestados que se debe apostar a la calificación e adquisición de competencias para aumentar la calidad técnico-profesional.
5. La existencia de la Estrategia 2025, el Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos 1997/2007, el Plan Nacional de Desarrollo sanitario 2012-2025 y el Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud 2013-2025 son valorados como documentos estratégicos. Poseen diagnósticos y proyectos, entre otros aspectos, bien concebidos. Pero, el conocimiento

de estos por la mayoría de los encuestados es débil y se corrobora el no cumplimiento hasta el momento de metas, incluso establecidas para el 2015.

6. Con la apertura a la economía de mercado, los procesos de descentralización y municipalización, y la reforma de la administración salud pública y el sistema nacional de salud, no fue posible adaptar y modernizar procedimientos de gobernanza, gestión y administración del personal sanitario
7. Sobre el sistema de información no existen indicadores armonizados para la selección, procesamiento y difusión que permita tener toda la información debida, y el observatorio sobre recursos humanos en salud, que está planificado en el PDRHS, no está completamente instrumentado; todavía se experimenta en varias provincias.
8. El presupuesto y los gastos en salud no son suficientes, lo que afecta vertical y horizontalmente a todos los componentes de la gestión de recursos humanos en salud.
9. Los cuidados primarios de salud (CPS), que la Declaración de ALMA-ATA de 1978 los promulgó como atención primaria de salud (APS), están declarados como el primer nivel de atención en los planes de desarrollo de recursos humanos desde 1997. No obstante, su cumplimiento es débil pues en análisis de varios documentos y en la entrevista a profundidad se reconoce que:
 - Son amenazas la insuficiente articulación entre el nivel central, las provincias y los municipios⁸, la regionalización de los servicios de salud, todavía no es una de las estrategias fundamentales en Angola⁹.
 - Se invierte más en tecnología en el sector secundario y terciario.
 - Existe la tendencia a la asistencia centrada en los complejos hospitalarios.
 - El sistema de referencia y contra referencia no funciona como es debido.

⁸Plan de desarrollo de Recursos Humanos 1997-2007.

⁹Artículo "Regionalización de los servicios de salud: desafíos para el caso de Angola (2000-2007)

- La pirámide de los servicios de salud está invertida.
- Las acciones de promoción y prevención que se realizan corresponden más con la llamada atención primaria selectiva, de prevención de determinadas enfermedades.
- La especialidad de medicina familiar y comunitaria está muy deprimida.
- La formación en medicina familiar y comunitaria es muy débil.
- La atención y los servicios de salud en las áreas rurales y periurbanas no son suficientes, y es donde más existe déficit de personal sanitario y falta de capacitación.
- Los determinantes de salud (agua, saneamiento, educación, pobreza, etc.) en las áreas rurales y periurbanas son los más afectados.
- La participación ciudadana en la planificación, prevención, promoción y monitoreo de los servicios de salud no funciona como es debido si se tiene en cuenta la situación epidemiológica existente.

4.2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA ETAPA 1975 A 1992

1. Identificación por primera vez en Angola de los problemas de salud, incluido la falta de personal de salud nacional, como un problema público, que es responsabilidad del estado, en virtud de la Ley N ° 9/75, de 13 de diciembre.
2. Creación de un Sistema Nacional de Salud único que por primera vez en Angola, buscó la universalidad, la equidad y la gratuidad de los servicios de salud, basado en el carácter socialista declarado.
3. Nacionalización de las infraestructuras sanitarias privadas que servían principalmente a los colonos portugueses.
4. Crecimiento exponencial del acceso a los servicios de salud y aumento considerable de la demanda.

5. Los recursos humanos en salud eran extremadamente limitados y no satisfacían las necesidades de la población, dada la pobre formación y capacitación del personal nacional de salud y la fuga de muchos de ellos al extranjero.
6. La distribución geográfica del personal sanitario no se correspondía con la demanda de los pacientes, en lo que influía la escasez de recursos humanos en salud que se agudizaba en las zonas periurbanas y rurales. Los recursos humanos en salud no se encontraban en el primer nivel de atención.
7. El desempeño del personal de salud mejoró, pero se mantuvieron problemas no resueltos en su totalidad como: condiciones de trabajo desfavorables, falta de remuneración y de motivación.
8. Falta de un sistema de información de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud consolidado con indicadores armonizados para la recolección, procesamiento y difusión.
9. Fueron estrategias del estado para cubrir la escasez de profesionales de la salud en Angola las siguientes:
 - a) Contratación de personal como parte de la cooperación extranjera con países amigos.
 - b) Apertura de más escuelas técnicas de salud.
 - c) Envío de jóvenes a escuelas y universidades en el extranjero.
 - d) Cooperación con organizaciones internacionales.
10. La formación inicial de los recursos humanos en salud fue muy pobre y con sus limitaciones en cuanto a su calidad. La formación permanente y en específico la post-graduada y especializada fue muy limitada.
11. No se crearon más instituciones sólidas (como universidades) para la formación de profesionales de la salud, lo que hubiese permitido la formación de un mayor número de profesionales de la salud, en los diferentes ciclos de formación terciaria y permanente.

4.3- COMPARACIÓN DE LAS ETAPAS 1975-1992 y 1993-2015

1. En ambas etapas se promulgaron leyes que evidencian el reconocimiento por el estado angolano de los problemas de salud como un problema público, que es responsabilidad del Estado.
2. Entre el 1975-1992 en correspondencia con la condición socialista del gobierno y del pueblo angolano se nacionalizaron los servicios de salud privados, los cuales se restablecieron en la etapa 1993-2015 donde se instauró la economía de mercado y el pluripartidismo.
3. La contratación está afectada por la falta de plazas, la demanda es muy superior a la oferta.
4. En ambas etapas se reconoce por la mayoría de los encuestados que el número de personal sanitario y más aún el calificado o especializado no satisface las necesidades y demandas de los clientes y que la distribución geográfica de estos no es equitativa ni efectiva.
5. Con los servicios sanitarios y centros de formación privados a partir de 1992, aumentaron las posibilidades de atención, para los que poseen dinero, y el número de profesionales de la salud formados, pero con un control de la calidad insuficiente. Hubo dispersión de la fuerza laboral del sector público para el privado, con consecuencias negativas para este último.
6. La formación inicial se valora con insuficiencias, tales como:
 - No existe una planificación centralizada del número de alumnos (es decisión de cada institución educativa) que pueda garantizar un número de egresados y una distribución geográfica de acuerdo con las necesidades de cada territorio.
 - La relación de los estudiantes desde lo curricular con instituciones de salud primarias, secundarias y terciarias todavía es pobre. Se realiza a través de prácticas (sobre todo en las universidades públicas) y más en las instituciones de salud secundaria y terciaria.
 - Los programas curriculares tienen sus falencias. En estos momentos se ejecuta una reforma de los mismos.
 - La formación en medicina familiar y comunitaria es muy débil.

- La participación de los alumnos en investigaciones en salud es casi nula.
 - Se insiste en que no todos los docentes tienen la preparación necesaria.
 - En los exámenes públicos para obtener plaza en el mercado de trabajo los demandantes han demostrado deficiencias cognitivas y culturales.
7. La formación permanente y/o continua adolece de una oferta suficiente, y acorde a las necesidades, por lo que la satisfacción y eficiencia se evalúa como débil, lo que se acentúa para los enfermeros, lo que resulta muy preocupante ante los cambios epidemiológicos, la propia situación epidemiológica en Angola, los avances tecnológicos y científicos en la esfera de la salud y las debilidades ya señaladas en la formación inicial.
 8. En ambas etapas la motivación, satisfacción y remuneración del personal sanitario es valorada como problemas no resueltos.
 9. No hay diferencias entre las causas de la insatisfacción del personal sanitario. Hay coincidencias en reconocer entre las causas la falta de condiciones de trabajo, la pobre remuneración y la falta de promociones.
 10. La progresión de carreras profesionales es muy limitado, se declara falta de inversión y problemas con el cumplimiento de requisitos como el de los artículos.
 11. La evaluación del desempeño desde el 1975 al 2015 es evaluada como muy débil. Se efectúa cada tres años y por un modelo común para todos los funcionarios del sector público, que no se adapta del todo a los profesionales de la salud.
 12. La investigación en salud es muy limitada, no se cumple lo proyectado, y por lo tanto, la introducción de sus resultados y la innovación no repercuten como lo exige estos tiempos en la mejoría de los servicios de salud.
 13. Sobre el componente de salida se afirma que las reformas son por criterio de tiempo de servicio, edad e incapacidad y a través del INSS. Y sobre las causas de la pérdida de recursos humanos en salud se pueden dividir en factores internos (fallecimientos y enfermedad) y factores provocados por falencias en la gestión (desmotivación, desvalorización profesional

falta de condiciones de trabajo, remuneración, promociones y salarios insuficientes).

CAPITULO V

Propuestas de recomendaciones y acciones para las PPS y GRHS en Angola

5.1- A presentación del Propuestas de recomendaciones y acciones para las PPS y GRHS \ Angola.

Además, en su último epígrafe aparecen las propuestas de recomendaciones y acciones para las PPS y GRHS. Se tendrá en cuenta la visión sobre Atención Primaria de Salud planteada por OMS/OPS, en el documento de posición “Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”, por lo que el sistema de salud deberá dar prioridad absoluta al primer nivel de atención, con un enfoque principal en la reforma del modelo de atención primaria de salud, sin ignorar las prioridades relacionadas con el segundo y tercer nivel de atención.

Enfrentar los desafíos señalados en esta tesis obliga a incorporar importantes transformaciones para lograr un sistema integrado de salud basado en gestiones tempranas de promoción y prevención en directa relación con las correspondientes al nivel de atención primaria, además de cumplir el rol de vigilancia, protección de la salud de la población de los riesgos del medio ambiente, regulación y fiscalización.

El personal sanitario- equipos de salud, funcionarios administrativos de los centros asistenciales, del nivel central, provincial y municipal constituye la pieza esencial para avanzar y liderar el proceso de transformación del modelo de atención, desde uno centrado en un enfoque curativo, biomédico, asistencial y hospitalario, hacia un modelo de salud integral, centrado en lo promocional y preventivo, con enfoque biopsicosocial, cultural y comunitario expresado en los diferentes niveles de atención, lo que a su vez requiere fortalecer el impacto de las medidas de protección de la salud, las labores de fiscalización y la intersectorialidad. Además, es imprescindible para lograr esta ambiciosa meta contar con la participación de la comunidad y el sector privado.

Siguiendo la lógica de la investigación las recomendaciones y acciones para incluir en las disposiciones del gobierno relacionadas con la Gestión de Recursos Humanos en Salud se organizaron según las etapas del ciclo de vida laboral propuesto por la OMS, en cuanto a la entrada, la etapa laboral y la salida, en su relación con las funciones de la Gestión de Recursos Humanos (planificación, incorporación del personal sanitario, la gestión del desempeño, la información y control y la mantención y retención de los RHS).

Siempre que se pudo se estableció correspondencia con los ejes estratégicos del Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (PDRHS) 2013-2025 que guardan relación con los subprogramas del Plan de Desarrollo Sanitario 2012-2025 (ver figura 6 en el capítulo II).

5.2-Recomendaciones y Acciones para incluir en las disposiciones del gobierno relacionadas con la Gestión de Recursos Humanos en Salud.

5.2.1.ETAPA ENTRADA

1. Preparación o formación inicial del personal sanitario.
 - 1.1 Reformular los perfiles de los profesionales en función de lograr una mayor integralidad en su formación enfocada en el nivel básico y medio, de acuerdo con los postulados de la revitalización de la APS, tomando como base el perfil epidemiológico de Angola e introduciendo los procedimientos, métodos, técnicas y tecnologías más avanzadas. Estos perfiles deben contener objetivos (metas) finales y por año relacionados con tres componentes: académico, laboral e investigativo, y guiados por los valores de ética profesional y servicio público.
 - 1.2 En lo académico profundizar en la formación en medicina, enfermería familiar y comunitaria sea por inclusión de una disciplina específica o instrumentando un eje transversal en el currículo de estudio, que considere el enfoque integral de la medicina y enfermería como centro de la formación, al establecer la relación comunidad- familia- individuo a todo lo largo del currículo, sin permitir que las particularidades de otras ciencias y disciplina suplanten su esencia misma.
 - 1.3 Incluir en los planes de estudio un mayor número de prácticas laborales, que permitan desde el primer año de estudio entrar en contacto prioritariamente con

los niveles primario y secundario. En cada año y en cada disciplina se deben programar tareas para en función del contenido ir desarrollando las habilidades prácticas necesarias.

1.4 Disponibilidad de espacios docentes en los establecimientos de atención primaria y campos comunitarios de aprendizaje dotados de recursos para el aprendizaje.

1.5 En todas las disciplinas y años se deben establecer tareas relacionadas con el componente investigativo, desde la búsqueda y procesamiento de la información, pasando por la elaboración de tareas o informes investigativos, hasta un trabajo final de curso de carácter investigativo que permita estudiar, proponer, aplicar y defender la solución a un problema científico de su profesión.

1.6 Lograr una formación del médico y del enfermero de manera básica para desempeñarse con calidad en primera instancia en el nivel primario de atención primaria en los centros y puestos de salud para mejorar el estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia y la comunidad y el medio ambiente en su vinculación con la comunidad.

Esta formación tiene como premisa que la comunidad se transforme en verdadero sujeto- objeto de las acciones de salud, que las modificaciones en los perfiles de salud- enfermedad sean el resultado no solo de los cambios conductuales individuales, sino de la adopción colectiva de un modo de vida más sano, para lo cual los fundamentos teóricos- prácticos de las ciencias socio-médicas deberán constituirse en sus herramientas de trabajo cotidiano, no para devenir en expertos de ellas sino para ser cada día mejores.

1.7 Planificar un plan de superación anual de los docentes de acuerdo con sus necesidades, que permita nivelar, profundizar y especializar en los contenidos específicos y pedagógicos, incluyendo los relacionados con la telemedicina y la educación a distancia.

Nota 1: Todo lo anteriormente planteado está relacionado con la actividad: "Contribuir en la elaboración del Plan de Desarrollo de los RHS" de las instituciones formadores del nivel superior en el eje estratégico "Desarrollo de los RHS" del PDRHS 2013-2025.

- 1.8 Iniciar el proceso de acreditación de carreras y de instituciones de enseñanza superior. Establecer indicadores medibles de la calidad educativa e iniciar los procesos de autoevaluación anuales.
 - 1.9 Iniciar el proceso de acreditación de instituciones de salud (hospitales, laboratorios, clínicas centros de investigaciones).
2. Lograr un proceso de planificación centralista de la formación inicial en coordinación con todos los ministerios implicados y los gobiernos provinciales y municipales de tal manera que se fijen cuotas de ingreso por provincias a partir de considerar el número de profesionales sanitarios necesarios para de esta forma ir eliminando el déficit de este personal en posiciones estratégicas de APS o relacionadas con el perfil epidemiológico de cada lugar. Esta recomendación debe permitir asegurar una distribución geográfica de acuerdo con las necesidades de cada territorio. Aquí, como es lógico, hay que tomar en cuenta las metas sobre el número de personal sanitario propuestas en los planes mencionados.
 3. Establecer sistemas de reclutamiento y selección técnicos y transparentes que privilegian la presencia de competencias en APS.
 4. Los exámenes de oposición en el proceso de contratación deben ser elaborados en colaboración con docentes designados de las instituciones de enseñanza superior y los resultados deben ser de conocimiento de estas instituciones para que puedan analizar causas de los errores y así tomar las medidas pertinentes.

5.2.2. ETAPA LABORAL

1. La noción de aprendizaje de por vida debe inculcarse en el lugar de trabajo, así como establecer mecanismos de supervisión para su evaluación y control anualmente.
2. Perfeccionar los mecanismos institucionalizados y regulares de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación adecuado a las necesidades de salud que considera criterios nacionales y locales, así como las posibilidades de empleabilidad existentes en la red asistencial.
3. Elaborar, con la participación del personal sanitario, y en cada institución sanitaria, planes anuales de cursos de superación y de post-grado de acuerdo con las necesidades de cada personal sanitario y de la situación epidemiológica imperante; sin olvidar los relacionados con las emergencias médicas, la gestión de la APS, la preparación en investigación y en el uso de la telemedicina y las tecnologías de avanzada.
4. Definición de perfiles de competencias coherentes en todos los dominios con el enfoque de salud familiar, y comunitaria.
5. Formar agentes comunitarios capaces de realizar la relación entre las unidades sanitarias y las familias, dando prioridad a las acciones de prevención de salud y de promoción de salud.
6. Acelerar la especialización de médicos, y fomentar la especialización de enfermeros y técnicos según las necesidades, sin olvidar las relacionadas con las emergencias médicas, la gestión de la APS, la preparación en investigación y en el uso de la telemedicina y las tecnologías de avanzada.
7. En particular, fomentar e incrementar la formación del especialista en medicina general integral. La estrategia de este especialista, de ninguna manera se debe desarrollar mediante la sumatoria de las habilidades y conocimientos propios de las especialidades clínicas básicas, sino por la integración de los conocimientos y habilidades de las ciencias socio- médicas y una preparación clínica sólida, que le permita resolver los problemas de salud individuales que a predominio de la esfera biológica, enfrentará en cualquier puesto de trabajo con frecuencia y durante largo tiempo.

8. Planificar a nivel nacional líneas de investigación en salud a corto y largo plazo. A partir de ellas, y del financiamiento correspondiente, cada institución sanitaria (incluyendo las de formación) debe presentar proyectos de investigación, que tendrán la supervisión y apoyo del nivel nacional correspondiente. Es lógico que en estos proyectos se logre sinergias entre estas instituciones.
9. Establecer los mecanismos necesarios (legales, financieros) para que cada institución sanitaria (incluyendo las de formación) pueda proponer proyectos de investigación a nivel municipal y provincial.
10. A partir de lo anteriormente señalado acelerar la formación de master y doctores.
11. Fomentar desde el nivel nacional eventos científicos, fórum de ciencia y técnica donde puedan participar desde estudiantes hasta todo el personal sanitario.
12. Lograr que las universidades en coordinación con unidades sanitarias terciarias posean centros de investigación y desarrollo que incluyan en su accionar hasta el paquete tecnológico para la elaboración de la producción científica.
13. Establecer sistemas de carrera sanitaria o trabajo docente (según corresponda) orientada hacia la APS.
14. Establecer mecanismos de evaluación del desempeño con dimensiones e indicadores ajustados al perfil y accionar del personal sanitario. Y establecer regulamentos para su aplicación anual.
15. Establecer mecanismos de evaluación de la satisfacción laboral.
16. Establecer mecanismos de evaluación del desempeño del personal sanitario nacional y extranjero en cuanto su participación en post-gradados e investigaciones.

5.2.3 SALIDA

1. Establecer mecanismos de retención de RHS integrados que consideran las posibilidades de la red en su conjunto y poniendo énfasis en las zonas rurales, marginales o de difícil acceso.

En cuanto a la gobernanza:

1. Perfeccionar los mecanismos de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS, ajustando, en base a los resultados obtenidos, las políticas y/o procesos de gestión de RHS.

2. Lograr sistemas de información integrados que consideran todos los niveles de atención (primario, secundario y terciario), un conjunto de datos básicos de RHS disponibles y un registro nacional de profesionales de la salud.
3. Lograr sistemas de gestión del conocimiento, que permiten utilizar y compartir tendencias, información e indicadores de RHS con otros actores del campo, generando conocimiento y evidencias útiles para mejorar los procesos de planificación y de gestión del talento humano en salud.
4. Políticas de RHS institucionalizadas, con visión de red integrada de servicios de salud.
5. Capacidad de rectoría sobre las instituciones que integran la red asistencial, los procesos de gestión de RHS y las instituciones de formación de RHS.

CONCLUSIONES

El Estado angolano ha establecido políticas de recursos humanos en salud consistentes con la política pública de salud del país, e integrando y articulando la gestión de recursos humanos en salud.

Desde el punto de vista teórico se considera que el modelo de GRH en salud en Angola se incluye dentro de los enfoques configuraciones de GRH, asumiendo su contexto macro social (cultura nacional, relaciones laborales, mercado laboral), con más características del modelo de mercado y del modelo de flexibilidad que el de desarrollo, que es el que enfatiza el compromiso, dando amplio espacio a oportunidades en la formación y desarrollo de profesionales altamente calificados.

La relación establecida entre las políticas de salud y la de gestión de recursos humanos en Angola en la presente tesis se basó en la consideración del campo de gestión de recursos humanos en sus múltiples dimensiones como objeto de reflexión y de transformación, a través de las fases del ciclo de vida laboral del personal sanitario de la OMS y a partir de los componentes o subsistemas que incluye el Sistema de Gestión de Recursos Humanos.

Las políticas públicas de salud en Angola en el dominio de la Gestión de Recursos Humanos en Salud han variado en correspondencia con los dos bien definidos períodos históricos vividos, a saber: Período colonial (1482-1975) y período pos-independencia desde 1975, hasta la fecha. La fase posterior a la independencia estuvo marcada por tres momentos: uno que va de 1975 a 1992, durante el cual el país optó por el sistema socialista, con la economía centralizada y planificada. El segundo momento va de 1992 a 2002, que marcó el surgimiento del régimen multipartidista y la economía de mercado. Y la tercera etapa desde el 2002, que se caracterizó por una paz real sin guerra, que posibilitó un determinado nivel de desarrollo.

Durante estos dos períodos, Angola, como país en desarrollo, sufrió un largo conflicto armado que duró casi 41 años, desde la fase de lucha anticolonial de 1961 a 1975 en el momento de la independencia, y desde este hasta la paz en el 2002.

A partir de 1975 y tomando en cuenta la definición asumida de políticas públicas es que se puede afirmar que el gobierno angolano, de carácter socialista, reconoció la salud como un problema de estado mediante la ley 9/75 del 13 de diciembre. Garantizó el derecho a la salud para todos sin discriminación, y abolió la actividad privada. Creó el primer Sistema Nacional de Salud (SNS).

En 1992, se destaca la creación de la Ley 21-B / 92, de 23 de agosto, que aprueba la Ley Básica del SNS, y el estado angolano deja de tener exclusividad en la prestación de servicios de salud, con la posterior autorización del sector privado en la prestación de servicios de salud. Es a partir de esta Ley que se introdujo la noción de la participación de los ciudadanos en los costos de salud, manteniendo el sistema que tiende a ser gratuito.

Después de esta ley son planes reconocidos dentro de las políticas públicas en salud en el dominio de la GRH en salud los siguientes: Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos 1997/2007, Plan de Desarrollo Sanitario 2012-2025 y Plan de Desarrollo de Recursos Humanos 2013-2025.

En Angola a pesar de los esfuerzos que han realizado para llevar la salud a todas las personas, existen enormes dificultades para garantizar el acceso de

numerosos grupos de población a los servicios de salud y en cuanto al cuadro epidemiológico, en términos de transición epidemiológica, se caracteriza por el doble peso de las enfermedades transmisibles (resultantes de condiciones deficientes de suministro de agua potable, higiene, saneamiento y alimentos) y enfermedades crónicas (resultantes de nuevos estilos de vida, como la inactividad física, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, el tabaquismo, el uso de otras drogas y otros factores de riesgo asociados con enfermedades).

El sistema de salud en Angola refleja una estructura organizativa esencialmente curativa, aún precaria, sin un adecuado desarrollo del proceso de descentralización, por lo que la atención primaria de salud, en la práctica no constituye la base del sistema de salud.

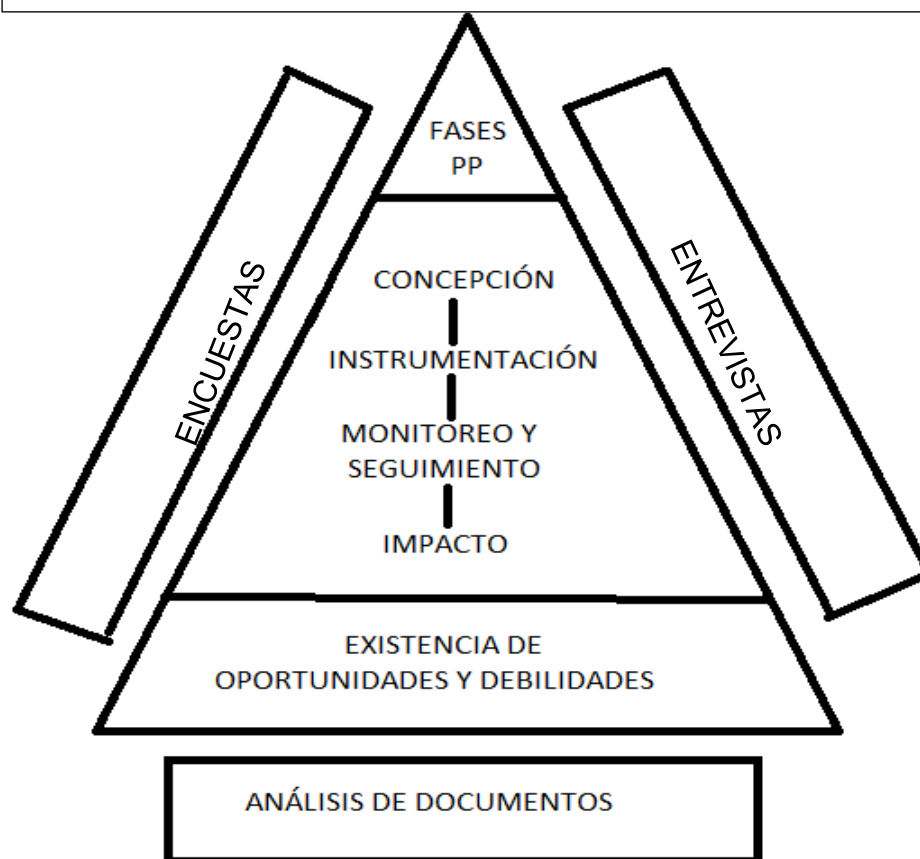
Se reconocen como debilidades desde 1975 hasta la fecha la baja cobertura sanitaria y escasez e inadecuación de la dotación de las unidades de salud; fracaso de la organización en tres niveles del Sistema Nacional de Salud, baja cualificación de los profesionales sanitarios e inadecuada distribución de los mismos, especialmente en áreas rurales y periurbanas; deficitarios sistemas de información y logística y comunicación, insuficiencia de recursos financieros e inadecuación del modelo de financiación; acceso reducido a saneamiento, energía y agua potable.

Al tomar en cuenta el análisis realizado de la Gestión de Recursos Humanos de Salud en Angola, como un proceso orientado según las fases del ciclo de vida laboral del personal sanitario de la OMS y a partir de los componentes o subsistemas que incluye el Sistema de Gestión de Recursos Humanos, al listado anterior de debilidades se debe añadir problemas en el proceso de entrada en la formación inicial del personal sanitario y en el proceso laboral con el seguimiento, control y evaluación del desempeño del personal sanitario, la instauración del aprendizaje para toda la vida y la investigación y la innovación en salud y en gestión de los recursos humanos.

Teniendo en cuenta el método de triangulación de fuentes utilizado es importante afirmar que estas se entrecruzan en las diferentes fases de las políticas públicas en salud: concepción, implementación, monitoreo y seguimiento e impacto, en cuanto a la existencia de oportunidades y debilidades

en la gestión de recursos humanos en salud, lo que se refleja en el siguiente esquema

Esquema de entrecruzamiento de Fuentes según fases de políticas públicas



Fuente: Elaboración propia

La existencia de las siguientes oportunidades debe ser potenciada:

- Definición de salud como un problema prioritario, en el cual el Estado asume un rol activo.
- Reconocimiento por el gobierno de la importancia del personal sanitario.
- Existencia de planes de desarrollo de los recursos humanos en salud con intención de renovación de la atención primaria de salud, con reconocimiento de debilidades y acciones encaminadas a cumplir las metas de la OMS.
- Existencia de un programa de desconcentración y descentralización administrativa con miras a mejorar el acceso de la población a los servicios públicos.

Finalmente, los servicios de salud en Angola enfrentan problemas en la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros, además de estar insuficientemente financiados, lo que constituye un enorme desafío.

En consecuencia con lo señalado se proponen recomendaciones y acciones para incluir en las disposiciones del gobierno relacionadas con la Gestión de Recursos Humanos en Salud, para lo cual se estableció correspondencia con los ejes estratégicos del Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (PDRHS) 2013-2025 que guardan relación con los subprogramas del Plan de Desarrollo Sanitario 2012-2025.

Las acciones y recomendaciones, en función de las debilidades detectadas y características analizadas de las políticas públicas de salud en Angola en el dominio de la Gestión de Recursos Humanos en Salud de 1975 a 2015, se organizaron según las etapas del ciclo de vida laboral propuesto por la OMS, en cuanto a la entrada, (donde se hizo énfasis en la formación inicial), la etapa laboral y la salida, en su relación con las funciones de la Gestión de Recursos Humanos (planificación, incorporación del personal sanitario, la gestión del desempeño, la información y control y la mantención, retención de los RHS y gobernación).

La proposición de acciones y recomendaciones a incluir en los planes relacionados con la política de salud angolana en la dimensión de la gestión de recursos humanos en salud fue realizada con el objetivo de contribuir a subsanar las restricciones actualmente existentes en materia de recursos humanos en salud y al cumplimiento de los objetivos de accesibilidad, equidad, calidad y eficiencia en la atención y cuidado de la salud de la población.

RECOMENDACIONES

Recomendar la valoración de los resultados de esta investigación por el Ministerio de Salud de Angola, para que se puedan analizar las debilidades en materia de política pública de salud en el dominio de la gestión de recursos humanos en salud e instrumentar las acciones y recomendaciones presentadas.

Continuar esta investigación con un proyecto de monitoreo, control, y evaluación de la instrumentación y aplicación de las acciones y recomendaciones.

Elaborar el Plan de Desarrollo de Recursos Humanos por un equipo multidisciplinar, después de lograr acuerdos con los cuadros de mayor experiencia del sector. Este plan tiene que ser aprobado posteriormente por el Ministerio de la Salud y divulgado en el Diario de la República.

BIBLIOGRAFÍA

- 40 años de ALMA ATA: Logros y retos de la Atención Primaria. (2018, 24 de septiembre). *El Médico Interactivo*. p. 17.
- Abuelafia, E., Berlinski, S., Chudnovsky, M., Palanza, V., Ronconi, L., San Martín M. E. & Tommasi, M. (2002). El funcionamiento del sistema de salud argentino en un contexto federal. Argentina. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional.
- Alcázar, F. M., Fernández, P. M., & Gardey, G. S. (2005b). Researching on SHRM: An analysis of the debate over the role played by human resources in firm success. *Management Revue*, 16(2), 213-241.
- Alcázar, F., Fernández, P. M., & Gardey, G. (2005a). Strategic human resource management: integrating the universalistic, contingent, configurationally and contextual perspectives. *The International Journal of Human Resource Management*, 16(5), 633-659.
- Angola Bela Zebelo. (2016). Recuperado de: www.angolabelazebelo.comcategory.
- Baird, L., & Meshoulam, I. (1988). Managing two fits of strategic human resource management. *Academy of Management review*, 13(1), 116-128.
- Bell, J. (2002). *Cómo hacer tu primer trabajo de investigación?: Guía para investigadores en educación y ciencias sociales*. Traducción de Roc Filella Escollá. Barcelona: Gedisa.
- Besseyre des Horts, C. (1987). Typologies des pratiques de gestion des ressources humaines. *Revue Française de Gestion*, 65(66), 149-155.
- Bethesda, M.D, (2010). *Health System Assessment MD: Health Systems 20/20, Abt Associates Inc.* Recuperado de: <http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2616/>
- Bisquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa*. Barcelona: CEAC.
- Boselie, P., Paauwe, J., & Jansen, P. (2001). Human resource management and performance: lessons from the Netherlands. *International Journal of Human Resource Management*, 12(7), 1107-1125.
- Bowen, S. & Zwi, A.B. (2005). Pathways to “evidence-informed” policy and practice: a framework for action. *PLoS Medicine*, 2(7), 1–14. Recuperate de: (<http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/2/7/pdf/10.1371>).
- Brewster, C. (1995). Towards a ‘European’ model of Human Resource Management. *Journal of Business Studies*, 26(1), 1-21.

- Brewster, C. (1999). Strategic human resource management: the value of different paradigms. *Management International Review*, 39(3), 45-64.
- Brionis, G. (1998). Métodos y técnicas avanzadas de investigación aplicadas a la educación y a las ciencias sociales: Módulos básicos y lecturas complementarias. Bogotá: ICFES-PIIE.
- Bogan, R.C. y Birlen, S.K. (1982). *Qualitative Research for Education. An Introduction to Theory and Methods*. Boston: Alan and Bacon, Inca.
- Campione, A. (1998). *Análise dos principais recursos na área de saúde presentes na Província de Luanda. Luanda: Centro Interuniversitário de Investigação dos Países em Desenvolvimento, Programa de Vigilância Epidemiológica em Angola*. Cooperação Itália-Angola.
- Cassoma, B. & Vinyals, L. (2007). *Angola: despesa pública no setor da saúde (2000-2007)*. Principia Editora: Estoril.
- Cerda, H. (2000). *Los elementos de la investigación. Cómo reconocerlos, diseñarlos y construirlos*. Bogotá: Editorial El Búho.
- Clancy, C.M. & Cronin, K. (2005). Evidence-based decision making: global evidence, local decisions. *Health Affairs*, 24(1), 151–162. Recuperado de: (<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/24/1/151>).
- Clinton, M., & Guest, D. E. (2013). Testing universalistic and contingency HRM assumptions across job levels. *Personnel Review*, 42(5), 529-551.
- CNI consultores, (2018). Diferencia entre Recursos Humanos, Talento Humano y Capital-Humano. Recuperado de: <https://www.cniconsultores.com/noticias.html#!/posts/Diferencia-entre-Recursos-humanos-Talento-humano-y-Capital-Humano./31>.
- Combs, J., Liu, Y., Hall, A., & Ketchen, D. (2006). How much do high-performance work practices matter? A meta-analysis of their effects on organizational performance. *Personnel psychology*, 59(3), 501-528.
- Comitê Regional Africano, Organização Mundial da Saúde, (2006). *Revitalização dos sistemas de saúde no contexto dos cuidados primários de saúde na região africana*. Recuperado de: http://afrolib.afro.who.int/RC/RC%2056/Doc_Por/AFR%20RC56%2012.pdf
- Commission on Social Determinants of Health. (2005, 5 de mayo). *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health: Conference International sobre Attention Primaria de Salud*. Geneva: WHO.
- Connor, C., Averbug, D., & Miralles, M. (2010). *Angola Health System Assessment 2010*.
- Dal Poz, M., Gup, N., Quain, E. & Soucat, A. (2009). *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones*

especiales para los países de ingresos bajos y medianos. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Da Silva, J. B., *Estatística para Ciências Humanas-Angola*, 2003.

DECLARACION DE ALMA-ATA. (2018, 3 de Junho): Decreto Presidencial Nº 113/13.Angola.

Delery, J. E., & Doty, D. H. (1996). Modes of theorizing in strategic human resource management: Tests of universalistic, contingency, and configurational performance predictions. *Academy of management Journal*, 39(4), 802-835.

Dente, B. y Subirats, J. (2014). *Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en Políticas Públicas.* Barcelona, España: Ed. Grupo Planeta.

Denzin, N.K. (1978). *The research act.* New York: McGraw Hill.

Devenport, T.O. (2001). *Capital humano ;o que é e por que as pessoas investem nele.* São paulo: Nobel.

Dos Santos, M. & Artmann, E. (2009, abril). Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola: *Cadernos de Saúde Pública* Cad. Saúde Pública 25(4). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400006>.

Doty, D. H., Glick, W. H., & Huber, G. P. (1993). Fit, equifinality, and organizational effectiveness: A test of two configurational theories. *Academy of Management Journal*, 36(6), 1196-1250.

Dye TR. (1998). *Understanding Public Policy. 9th edition. Upper Saddle River.* Prentice Hall.

Easton, D. (1969). *Esquema para el análisis político: Enfoques sobre teoría política.* Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores

Equipo de Desarrollo Datosmacro. (2014). *Índice de Desarrollo Humano - IDH* [Página Web: Boletín Electrónico]. España: Expansión / Datosmacro.com; 2014.

Erickson, F. (1989). *Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza*, En M.C.Wittrock (Ed.), *La investigación de la enseñanza*, II. Madrid: Paidós/MEC.

Fonseca, P.L. (2005). *Preparação e organização das administrações locais para a implementação do programa do governo e acções complementares.* In: *Encontro Nacional sobre Administração Local em Angola.* Luanda: Editorial Nzila.

Gastón P., García B, Anocedio I., García I. (2008). *Metodología de la investigación educacional.* Editorial Pueblo y Educación. La Habana. Cuba.

González, G. & Tobar, F. (2004). *Salud para los argentinos.* Argentina: Ediciones Isalud.

- González, G. & Torres, R. (2004). *Políticas de Salud. Módulo 5. Salud*. Argentina: Ediciones Isalud.
- González, G. & Torres, R. (2004). *Salud para los argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud*. Argentina: Ediciones Isalud.
- Guba, E.G. (1983). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista, en PEREZ, A. y GIMENO, J. (Eds.) *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: Akal, 148-165.
- Guerra Civil e o Desenvolvimento económico em Angola. *Revista Eletrónica de Economia da Universidade Estadual de Goiás*. UEG - ISSN: 1809-970-X.
- James, M., Hernán, C., Nebot, A., Carissa, E. & Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. *Revista panamericana de Salud*.
- Lasswell, H. (1936). *Politics Who Gets What, When, How*. New York: McGraw Hill.
- Lasswell, H. (1948). *The Structure and Function of Communication in Society. The Communication of Ideas*.
- Lasswell, H. (1951). *The Policy Orientation*. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/reference/45658>
- Lindblom, Ch. (1959). *The Science of Muddling-Through*. Recuperado de <https://faculty.washington.edu/mccurdy/SciencePolicy/Lindblom%20Muddling%20Through.pdf>
- Lindblom, Ch. (1964). *Contexts for Change and Strategy*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/272580483_Contexts_for_Change_and_Strategy_A_Reply
- Lindblom, Ch. (1991). *El proceso de elaboración de Políticas Públicas*. Madrid, España: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Lavis, J.N., Posada, F.B., Haines, A. & Osei, E. (2004). Use of research to inform public policymaking. *Lancet*, 364(9445), 1615–1621.
- Lavis, J.N., Ross, S.E. & Hurley, J.E. (2002). Examining the role of health services research in public policymaking. *Milbank Quarterly*, 80(1):125–154.
- Lei nº 21/B/92 de 28 de Agosto. Angola.
- Lei nº 5/75 de 13 de Dezembro. Angola.
- Lepak, D. P., & Shaw, J. D. (2008). Strategic HRM in North America: looking to the future. *International Journal of Human Resource Management*, 19(8), 1486-1499.
- Lindblom, C. (1966). *The Policy Making Process*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Maggiolo, I. & Perozo, J. (2007, septiembre). Políticas públicas: proceso de concertación Estado-Sociedad. *Revista Venezolana de Gerencia* 12(39). Maracaibo.

- Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2/3):73–84
- Ministério da Administração do Território (2007). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Desconcentração e descentralização em Angola. v. II. Luanda: Ponto UM. Indústria Gráfica.
- Ministerio de Salud Angola. Capsa (2016). Caderno sobre políticas de saúde em angola formação permanente de recursos humanos de saúde. Fundação Fé e Cooperação.
- Minsa, (2016). Reforma do sector da saúde em Angola.
- Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e Dinâmica das Organizações* (trad. original 1979), Lisboa: Dom Quixote.
- Niño, V. M. (2011). *Metodología de la Investigación*. Editorial U. Bogotá.
- O’Neil. M. & Reimann, S. (2009). Strengthening Human Resources Management to Improve Health Outcomes. *The eManager*, Nº1. Recuperado de: http://www.msh.org/sites/msh.org/files/emanager_2009no1_hrm_english.pdf.
- OMS. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo: Colaboremos por la salud*. Francia.
- OMS. (2006). *World Health Organization. Health and human rights*. [sitio en Internet]. Geneva: WHO. Recuperado de: <http://www.who.int/hhr/en/>.
- OMS. (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. ISBN 978 92 4 356444 9.
- OMS. (2019). *Informe Mundial sobre la tuberculosis*. Recuperado de: [www. Who. Int/TD](http://www.who.int/TD).
- ONG. (2019, 18 de junio). Situação do VIH/SIDA em Angola é "dramática" e dados oficiais "são irreais. *Diário Notícias*. Recuperado de: <https://www.dn.pt/lusa/situacao-do-vihsida-em-angola-e-dramatica-e-dados-oficiais-sao-irreais---ong--11023332.html>
- OPS. (1990). *Grupo de consultas de planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud*. Río de Janeiro.
- Ostrom, E. (2007). Institutional Rational Choice :na assessment of institutional analysis and development framework. In Sabatier, P.A. (ED). *Theories of the Cambridge, MA. Westview*.
- PL. (2005). Preparação e organização das administrações locais para a implementação do programa do governo e acções complementares. *In: Encontro Nacional sobre Administração Local em Angola*. Luanda: Editorial Nzila.

- Plan Nacional de Formación del Personal 2013-2020. Angola.
- Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos a saúde 2012-2025. Angola.
- Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos 1997/2007. Angola.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2019, 9 de diciembre). *Informe sobre Desarrollo Humano*.
- Queza, A.J. (2010). *Sistema de Saúde em Angola: Uma Proposta à Luz da Reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal*. Maestría integrada de Medicina. U. FMUP.
- Ramírez, A. (2018). *Atención primaria de salud: Dónde estamos 40 años después?* Barcelona: Blog-ISGLOBAL.
- Restrepo-Ochoa, DA. (2015). Las políticas públicas en el campo de la salud: Dispositivos de biopoder y modos de Subjetivación. *Revista del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana*: 23-31. Recuperado de http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/814/Archivos_Modulo_1/Material_Basico/Restrepo_DA_Politicas_publicas-biopoder-subjetivacion.pdf
- Rocha, Eurica da Natividade Sinclética Graça Neves da; Rodrigues, Driéli Pacheco; Luchesi, Luciana Barizon; Silva, Maria da Conceição Martins da Silva; Monteiro, Juliana Cristina dos Santos. Trayectoria histórica de las políticas de salud de la mujer en Angola. *Cultura de los cuidados*. 2018; (51): 38-7. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/cc/51038cc> [acceso: 25/03/2021].
- Rose, R. (1984). From Government at the Centre to Nationwide Government. *Studies in Public Policy*, (132), CSPP, University of Strathclyde, Glasgow.
- Rose, R., & European Consortium for Political Research. (1984). *Understanding big government: The programme approach*. London: Sage Publications.
- Rosevere, M. (1993). Planificación estratégica de recursos humanos en salud. *Serie Desarrollo de Recursos Humanos*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Rovere, M. R., (2006). Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Segunda edición ampliada y corregida. Oficina Sanitaria Panamericana • Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. 20037, E.U.A.
- Sanjurjo, E. (2015, diciembre). *El mercado de los servicios de salud en Angola*. Oficina Económica y Comercial de la Embajada de España en Luanda. ICEX. España.

- Schuler, R. S., & Jackson, S. E. (1987). Linking competitive strategies with human resource management practices. *Academy of Management Executive*, 1 (3), 207- 219.
- Schuler, R. S., & Jackson, S. E. (1997). Gestão de recursos humanos: Tomando posição para o século XXI. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 3 (2), 255-274.
- Sebastião, J.A. & Campos, M. (2018). *Modelos de gestão de recursos humanos em Angola*. Tesis de doctorado. ISCTE-IUL. Lisboa.
- Sen A. Development as freedom. New York: Alfred Knopf; 1999.
- Sheehan, M. (2014). Human resource management and performance: Evidence from small and medium-sized firms. *International Small Business Journal*, 32(5), 545-570.
- Sheldon, T.A. (2009, 29 de January). Making evidence synthesis more useful for management and policy-making. *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(Suppl. 1), 1–5. Recuperado de: (<http://jhsrp.rsmjournals.com/cgi/reprint/10/suppl>).
- Siddiqi, K., Newell, J. & Robinson, M. (2005). Getting evidence into practice: what works in developing countries?. *International Journal for Quality in Health Care*, 2005, 17(5), 447–453.
- Silva, M.V. (2012). *Políticas Públicas de saúde: Tendências Recentes, Sociologia, Problemas e Praticas*. Recuperado de:<http://spp.revues.org/906>.
- Simões, J. (2004). *Retrato Político de Saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde. Da ideologia ao desempenho*, Coimbra, Almedina.
- Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research. Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research.* (2004). Recuperado de: ([http:// www.who.int/alliance-hpsr/resources/Strengthening_complet.pdf](http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Strengthening_complet.pdf)).
- Subirats, J. (2001). El análisis de las políticas públicas. *Gac Sanit*, 15(3), 259-64. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911101715579>.
- Tamayo, M. (1997). La nueva Administración Pública. Capítulo 11. El análisis de las políticas públicas. Universidad Complutense de Madrid. Instituto Universitario Ortega y Gasset. España.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1986). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós.
- Thompson, P. (2011). The trouble with HRM. *Human Resource Management Journal*, 21(4), 355-367.
- Tzabbar, D., Tzafirir, S., & Baruch, Y. (2017). A bridge over troubled water: Replication, integration and extension of the relationship between HRM practices and organizational performance using moderating metaanalysis. *Human Resource Management Review*, 27(1), 134-148.

- United Nations. United Nations Millennium Declaration. *Resolution adopted by the General Assembly. Assembly—55/2*. Recuperado de: http://www.paho.org/english/ad/ths/ev/Accesso55_2-UN-millennium-declaration.pdf.
- Varanda, J. (2004) A Saúde e a companhia de Diamantes de Angola História Ciência, saúde, *Manguinhas*, 11 (Suplemento 1), 261-68.
- Verburg, R.M. (1998). Human Resource Management: Optimale HRM-praktijken en congruaties, Dissertation. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Wallace, A., Croucher, K., Quilgars, D. & Baldwin, S. (s.f.). Meeting the challenge: developing systematic reviewing in social policy. *Policy Politics*, 32, 445–470.
- What is health policy and systems research and why does it matter? Briefing Note No. 1. Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research and World Health Organization, (2007)*. Recuperado de: (<http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Alliance%20HPSR%20-%20Briefing%20Note%201.pdf>).
- Youndt, M. A., Snell, S. A., Dean, J. W., & Lepak, D. P. (1996). Human Resource Management: Manufacturing Strategy and Firm Performance. *Academy of management Journal*, 39(4), 836-866.

ANEXOS

Anexo No.1

UCES

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

Término de consentimiento

Como parte del doctorado en Salud Pública de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), estoy desarrollando un estudio cuyo tema es “Análisis de la trayectoria de las políticas públicas de salud en el dominio de la Gestión de Recursos Humanos en Angola 1975-2015”, bajo la orientación del profesor, Doctor Jorge Reboledo de la Facultad de Medicina de la misma Universidad. Tratándose de un estudio que tiene como principal objetivo analizar e sistematizar las características de las políticas públicas en salud en Angola con la participación de personas que están o estuvieron relacionadas con el Sistema de Salud Angolano, solicitamos respetuosamente su colaboración en esta investigación, por cuanto se reconoce que usted es un interlocutor válido y calificado que mucho contribuirá a la producción de conocimiento en la referida investigación.

Su participación consistirá en responder las siguientes preguntas cerradas y abiertas.

Informo también que serán aseguradas todas las normas éticas, de anonimato y confidencialidad de su información. Y en el caso de no aceptar o decidir salir del estudio en su de cursar, no tendrá consecuencia alguna.

En el caso de aceptar agradecemos su colaboración.

Gracias.

Término de consentimiento

Yo _____, declaro que fui informado y comprendí los objetivos y la necesidad de mi participación. Decido participar en esta investigación por mi libre voluntad.

Luanda, a los _____ de _____ de 20____.

Firma _____

INTRODUCCIÓN

Presentamos respetuosamente un conjunto de preguntas cerradas y abiertas que podrá encontrar después de esta breve introducción, la cual ayudará a la comprensión del período en estudio.

La encuesta¹⁰ fue elaborada para ser utilizada en la tesis de doctorado titulada “Análisis de la trayectoria de las políticas públicas de salud en el dominio de la Gestión de Recursos Humanos en Angola 1975-2015”.

La historia de las políticas públicas en salud en Angola se remonta desde el período colonial 1482 a 1975. Después de la independencia, el primer gobierno angolano dio inicio a la implementación de nuevas políticas públicas con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) a través de la Ley No. 9/75 del 13 de diciembre, en una etapa que imperaba en el país un modelo político y económico centralizado (mono partidario) que duró desde 1975 hasta 1992. Y la última etapa es desde 1992 hasta nuestros días que existen la economía de mercado y el multipartidismo.

Dado que las políticas públicas en término de definición reflejan la suma de actividades de los gobiernos en un determinado dominio (Peter, 1986), O según Dye (1984) es lo que el gobierno decide hacer o no hacer.

La pertinencia de analizar lo que se hizo en materia de políticas públicas en el dominio de la Gestión de Recursos Humanos en Salud en Angola desde 1975 hasta 2015 para proponer acciones y

¹⁰ Instrumento basado en el modelo usado por Oliveira (2010) en su tesis de doctorado en Salud Pública.

recomendaciones constituyó la motivación de la presente investigación.

1. Identificación

Eda____ Sexo: M____, F____. Estado civil:

Casado__ Soltero__ Divorciado__ Maritalmente__

Trabajo:_____. Profesión:_____

Nivel _____ de _____ escolaridad:

Auxi__ Téc__ Lic__ Espec__ Ms__ PhD__.

2. Datos del perfil

Tiempo de trabajo en el MINSA_____

Cargo que ejerce_____ Durante cuanto tiempo_____

A-Gobierno de 1975 a 1991

1. Hubo pasaje de carpetas en el dominio de la salud de la potencia colonizadora para los nuevos titulares de salud:

Sí____ No____ No se____

Haga un comentario_____

2. Qué medida tomó el Ministerio en términos de políticas públicas en salud?

Creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) por intermedio de la Ley No. 9/75 del 13 de diciembre.

Sí____ No____ No me acuerdo_____.

3. Esa ley trajo beneficios para la sociedad y los usuarios?

Si____ No_____.

4. Esa ley qué beneficios trajo para los profesionales de la salud?

No sabe____ Era de contexto____ Trabajaban por amor a la profesión_____.

5. Hubo consecuencias para la gestión de cuadros en el sector

público? Si____ No____. Comente por qué?_____

6. Había recursos humanos suficientes en el caso de médicos, enfermeros y otros técnicos? Si____ No____ No se____.
7. En cuanto a la política de distribución geográfica había incentivos para fijar a los profesionales de la salud en la periferia? Si____ No____. Si responde si, diga cuáles?_____
- Comente_____
8. Es posible establecer el número de profesionales de salud por categorías: Médicos_____
- Enfermeros_____ Otros técnicos_____.
9. La razón médico/enfermero/y otros técnicos por habitante era compatible con la demanda de la población? Si____ No. No me acuerdo_____
10. Puede especificar la razón por clase profesional/habitante?
- Médico/habitante_____
- Enfermero/habitante_____
- Otros técnicos/habitante_____
11. Cuáles fueron las causas del déficit de capital humano?
- Fuga de cuadros Si____ No____.
- Otras Si____ No____.
- Cuáles?_____
- _____
12. Hubo alguna estrategia de estado para cubrir la laguna de falta de profesionales de la salud en Angola?
- Si____ No____ No me acuerdo_____
- Cite algunas_____
- _____

13. El gobierno creó un plan de desarrollo de los recursos humanos para el sector de la salud en este período? Si____
No_____.
14. El gobierno promovió un encuentro nacional de cuadros para debatir sobre la situación Si____ No____.No me acuerdo_____
15. De acuerdo con el momento político hubo nacionalización de infraestructuras sanitarias privadas? Si____ No____.
Haga un comentario:_____
16. Había ejercicio de medicina privada en ONGs, iglesias y otras instituciones? Si____ No____.No me acuerdo_____
17. Había algún decreto ley regulador para que los profesionales de salud pudieran ejercer la medicina privada en Angola? Si____ No_____.
18. Había cuadro analítico de las carreras profesionales? Si____ No____.Comente:_____
19. Había gestión de carreras profesionales? Si____ No____.No me acuerdo_____ Comente_____
20. Las promociones tuvieron influencia en la motivación de los profesionales? Si____ No_____.
21. Cómo era la motivación de los profesionales de salud?
Boa_____Regular_____Pésima
22. La evolución de la remuneración de los profesionales de la salud por carreras de 1975 a 1991 era:
Boa_____Suficiente_____Pésima_____

23. La remuneración y las condiciones de trabajo contribuían a una buena calidad asistencial Si____ No____.

Comente:_____

24. Sobre la situación de las especialidades: Había órganos de gestión de las especialidades en el ministerio? Si____ No____.

Si había, cítelos: _____

Puede citarnos por colegio el número de especialistas? Si____

No____.No me acuerdo____ Si es si, cítelos: _____

25. Los recursos humanos en la época correspondían con la demanda de los enfermos? Si____ No____.No me acuerdo__

26. Es posible evaluar la evolución de los recursos humanos del sector de 1975 a 1992 en términos de cantidad y calidad?

Si____ No____.Si es sí, comente en términos de cantidad:

B-Gobierno de 1992 a 2015

1. Qué medidas tomó el gobierno angolano en términos de políticas públicas en el dominio de la salud después de la apertura de la sociedad a la economía de mercado?

Creó la Ley No. 21/B/92 del 28 de agosto: Si____ No____.

2. Trajo algún beneficio para la sociedad y para los usuarios la apertura del ejercicio de la medicina privada?

Si____ Oportunidades para los usuarios que se beneficiaron de la oferta de los servicios privados. No____. Dispersión de los profesionales de la salud que resultó en poca calidad en los hospitales públicos.

3. Esa Ley trajo beneficios para los profesionales de la salud?

Si____ No____. Si es si, comente los beneficios:_____

4. Hubo consecuencias para la gestión de recursos humanos en el sector público Si____ No____. Comente:_____

5. Existe algún decreto ley/regulador que autorice al profesional de salud a ejercer la medicina privada en Angola? Si____

No____. Haga un comentario sobre las ventajas y desventajas:

6. Existe un cuadro analítico de los recursos humanos en función de las infraestructuras sanitarias existentes en Angola? Si____

No____.No me acuerdo____ Comente:_____

7. Hay gestión de carreras de las clases profesionales en el sector de salud? Si____ No____.Comente:_____

8. Existe evaluación del desempeño? Si____ No____.
9. Han existido promociones regulares de los profesionales de salud? Si____ No____. Haga um comentario:_____
- _____
10. Las promociones tienen influencia en la motivación de los profesionales? Si____ No____.
11. Cómo es o era la motivación de los profesionales en la época? Buena____Regular____Pésima____.
12. Qué clase de profesionales manifiesta mayor insatisfacción? Médicos____Enfermeros____Otros técnicos____ Todas____.
13. Cuáles son las posibles causas de la insatisfacción de los profesionales de salud? Remuneración____Condiciones de trabajo____Falta de promociones____Otros factores____.
14. La evolución de la remuneración de los profesionales de salud por carreras de 1992 a 2015 es o era: Buena____Suficiente____ Pésima____.
15. Los factores remuneración y condiciones de trabajo contribuyen a una buena calidad asistencial? Si____ No____.
16. El Plan Nacional de Desarrollo de los Recursos Humanos (PNDRH) 1997-2007 trajo beneficios para el sector de la salud? Si____ No____.
- Comente:_____
- _____
17. La situación de la gestión y administración de los recursos humanos mejoró con el PNDRH 1997-2007: Si____ No____.No me acuerdo____. Si fuera afirmativo: Para pero____Para mejor____Permaneció inalterable____.

18. Los recursos humanos existentes en el sector corresponden con la demanda de los enfermos? Si____
No_____.
19. Es posible evaluar la evolución de los recursos humanos del sector de 1992 a 2015 en términos de cantidad y calidad?
Si____ No____.Comente _____ posibles dificultades:_____
20. En cuanto a la política de distribución geográfica hay incentivos para fijar a los profesionales de la salud en la periferia? Si____ No____. Si responde si, diga cuáles?_____ Comente_____
21. La razón médico/enfermero/y otros técnicos por habitante era compatible con la demanda de la población? Si____ No____.No me acuerdo_____
22. Puede especificar la razón por clase profesional/habitante?
Médico/habitante_____
Enfermero/habitante_____
Otros técnicos/habitante_____
23. Qué estrategia se adoptó en el dominio de la formación de cuadros después de la abertura a la economía de mercado (multipartidismo)?
Apertura de más escuelas de formación de cuadros de salud.
Si____ No____.No se____Se recuerda cuántas escuelas existen? Si____ No____. Si es si: Cuántas públicas____Cuántas privadas____; Comente:_____

Apertura de más universidades con facultades de medicina e institutos superiores de salud Si____ No____.No se____. Si es si: Cuántas públicas____Cuántas privadas____; Comente:_____

24. Existe alguna regulación para la apertura de escuelas privadas? Si____ No____.No se____Comente las consecuencias y los beneficios:_____
25. Existe alguna fiscalización? Si____ No____.
26. Ha existido algún problema en la admisión de los profesionales de salud en los concursos públicos? Si____ No____.Comente:_____
27. Hay órganos de gestión de las especialidades en el Ministerio Si____ No____. Si es si, cítelos:_____
28. Existen colegios de especialidades? Si____ No____.Puede precisar el número de especialistas por colegio? Si____ No____.No me acuerdo_____
29. Es posible evaluar el Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos (PNDRH) 2013-2015? Si____ No____.Por qué?_____
30. La gestión de los recursos humanos mejoró con el PNDRH 2013-2015? Si____ No____. Si fuera afirmativo: Para peor____Para mejor____Permaneció inalterable_____.
31. Los recursos humanos existentes hoy ¿en el sector corresponden con la demanda de los enfermos? Si____ No_____.
32. Es posible evaluar la evolución de los recursos humanos del sector de 1992 a 2015 en términos de cantidad y calidad?

Si____ No____.Si es sí, comente en términos de
cantidad:_____

Muchas gracias por la contribución!

Luanda a los _____ de _____ de 20____.

El investigador

El encuestado

Anexo No.2

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

GUÍA DE ENTREVISTA

Estas preguntas fueron elaboradas para la tesis en salud pública “**Análisis de la Trayectoria de las políticas públicas de salud en el dominio de la Gestión de Recursos Humanos en Angola de 1975 a 2015**” para la obtención del título de Doctor en Salud Pública en la Facultad de Medicina de la Universidad de Ciencias Empresariales e Sociales (UCES).

La historia de las políticas públicas de salud en Angola se remonta desde la fase póst-independencia con la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Con el presente instrumento de recolección de datos se pretende obtener información de figuras que se destacaron a lo largo de 40 años de existencia del SNS en el dominio de la gestión de los recursos humanos en salud, y de los programas para el crecimiento y desarrollo de las políticas públicas de salud en Angola.

Datos generales:

Edad _____ Sexo _____ Tiempo de trabajo
_____ Formación _____ Cargo _____ Función que
ejerce o
ejerció _____ / _____

Solicitamos respetuosamente que responda voluntariamente las interrogantes abaixo descritas

Gracias por su contribución.

1. Después de la independencia de Angola muchos médicos, enfermeros y otros técnicos abandonaron el país. Es posible describir cuántos especialistas médicos y enfermeros quedaron en Angola y en qué hospitales de provincias estaban?
2. Después de la independencia qué categorías médicas y de otros profesionales de salud poseían? Cuántos trabajaban en el sector público y cuántos en el sector privado?
3. Cuántos médicos y en qué fueron formados de 1975 a 1991 en el nivel de licenciatura? Y en el nivel de pós-graduação (especialistas, máster y doctores? y de 1992 á 2015 cuántos licenciados y Pós graduados (especialistas, masters y doctores?)
4. Cuántos enfermeros licenciados fueron formados de 1975 a 1991? Cuántos pós-graduados (especialistas, máster y doctores? Y en el nivel de otros técnicos (radiología, y análisis clínicos). Cuántos licenciados, masters y doctores?
5. Qué formación pós-graduada y especialidades existían en los niveles (medicina, enfermería, técnicos de diagnóstico y terapéutica de 1975 a 1991 y de 1992 a 2015?
6. ¿Dónde trabajaban y cuál era su distribución geográfica por municipio, provincia?
7. ¿Cuál era la razón por habitante?
8. ¿Cuál era el salario que cada clase profesional de 1975 a 1991 y de 1991 Á 2015?

9. ¿Cuál era el gasto en salud del Gobierno en aquella fase? O Mejor (¿cuál era el presupuesto para la salud de 1975 a 1991 y de 1992 a 2015?)
10. Datos sobre seguro de salud: ¿Había seguro de salud para los empleados y pueblo en general?
11. ¿Cómo se planificaba la fuerza de trabajo para la salud?
12. ¿Cómo se hacía la contratación de la fuerza de trabajo?
13. ¿Había un sistema de salud con indicadores armonizados para la selección, procesamiento y difusión? ¿Cómo es que se medían los indicadores?
14. ¿Cómo se hacía la evaluación de desempeño del personal de la salud? ¿Había valorización? ¿Existían perfiles de desempeño por competencias?
15. Sobre las reformas: ¿Qué modelo era usado para el personal de salud que tenía que ver con las salidas o en la fase de reforma?
16. ¿Qué mejoría notó en los servicios de salud en la fase colonial 1482 a 1975? Y en la socialista de 1975 a 1991 y en la de economía de mercado de 1992 a 2015?
Comente: _____

17. ¿Cuáles son las causas posibles de las consecuencias en la vida de las poblaciones con relación a las cuestiones formuladas?
18. ¿Se recuerda de las unidades sanitarias más antiguas de Angola? ¿Cuándo fueron construidas y en qué años comenzaron a funcionar?
19. ¿Cuál es la situación de estos hospitales y cuál es su influencia en los servicios?
20. ¿Con qué personal sanitario contaban antes del 2015?

21. ¿Cuál es la media de consultas día hasta 2015?
22. ¿Cuál era el grado de satisfacción de los profesionales de la salud de 1975 a 2015?
23. ¿Cómo formaban los especialistas antes del 2015? ¿Cuántos por año?
24. ¿Cuáles son las profesiones más críticas en el país en cuanto al personal sanitario? ¿Qué se debe hacer para eliminar esta problemática?
25. ¿Mejóro o no después de 1975? ¿Después de 1992? ¿Comparando ambas etapas? ¿Cuáles son las causas?
26. ¿Qué usted sabe sobre la historia de la gestión de recursos humanos en salud (GRHS) en Angola? Antes de 1975, desde este año hasta 1992, y de 1992 hasta hoy?.
27. En Angola, en 2012, fue promulgado el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario 2012-2025 (PNDS). Este plan tiene metas hasta 2015. ¿Por qué usted considera no fue cumplida la meta establecida hasta el 2015 en dicho plan de 3 médicos por cada 10 000 habitantes?
28. Sobre el sistema de información, diga: ¿Cómo las informaciones de +RHS son recogidas actualmente?
29. Sobre el componente de formación diga:
- 29.1 ¿Qué relación existe entre el MINSA, el Ministerio de la Educación y las instituciones educativas con relación a los mecanismos e instrumentos para la formación inicial del personal de salud?
- 29.2 ¿Cómo se decide los perfiles de egreso y el número de alumnos a formar de acuerdo con los diferentes perfiles profesionales?
- 29.3 ¿Cómo el perfil epidemiológico del país, provincias y municipios es llevado en consideración en la designación de las

diferentes carreras y del número de alumnos en éstas? ¿Las vacantes son decisión del MINSA o de cada institución educativa?

29.4 ¿Cómo es garantizado o puede ser garantizado que el número de alumnos de cada municipio y provincia planeado de acuerdo con las necesidades entre en la universidad, a fin de intentar posibilitar que después de los graduados retomen al trabajo en su local de origen?

29.5 ¿Cómo es la relación de los estudiantes desde lo curricular con instituciones de salud primarias, secundarias y terciarias?

29.6 ¿Cómo es la formación en salud familiar y comunitaria?

29.7 ¿Cómo usted evalúa la calidad de la formación inicial? ¿Qué deficiencias tiene?

29.8 ¿Cómo el mercado laboral se comporta con relación al número de graduados?

29.9 ¿Existe feedback de las instituciones de enseñanza sobre esas deficiencias en los exámenes de oposición? ¿En el caso positivo cuáles son estas deficiencias?

29.10 ¿Es establecido una relación con el Ministerio de Enseñanza Superior para decidir vacantes para diferentes carreras, pos graduación y la formación especializada?

29.11 Comente sobre La formación posgraduada y especializada en su institución.

29.12 Valore el proceso de formación inicial y posgraduada de estudiantes y personal sanitario antes de 1975, desde este año hasta 1992 y después de 1992.

30. ¿Existen profesionales de salud dedicados apenas a la pesquisa? ¿Quién hace investigación en salud. ¿Qué es investigado? ¿Cuáles son los tres resultados más relevantes.

Muchas gracias por su contribución

Informo también que serán aseguradas todas las normas éticas, de anonimato y confidencialidad de su información. Y en el caso de no aceptar o decidir salir del estudio en su decursar, no tendrá consecuencia alguna.

En el caso de aceptar agradecemos su colaboración.

Gracias.

Término de consentimiento

Yo _____, declaro que fui informado y comprendí los objetivos y la necesidad de mi participación. Decido participar en esta investigación por mi libre voluntad.

Luanda, a los _____ de _____ de 20__.

Firma _____

Anexo No.3

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

GUÍA

DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD #1

Estas preguntas fueron elaboradas para la tesis en salud pública **“Análisis de la Trayectoria de las políticas públicas de salud en el dominio de la Gestión de Recursos Humanos en Angola de 1975 a 2015”** para la obtención del título de Doctor en Salud Pública en la Facultad de Medicina de la Universidad de Ciencias Empresariales e Sociales (UCES).

La historia de las políticas públicas de salud en Angola se remonta desde la fase póst-independencia con la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Con el presente instrumento de recolección de datos se pretende obtener información de figuras que se destacaron a lo largo de 40 años de existencia del SNS en el dominio de la gestión de los recursos humanos en salud, y de los programas para el crecimiento y desarrollo de las políticas públicas de salud en Angola.

Datos generales:

Edad _____ Sexo _____ Tiempo de trabajo
_____ Formación _____ Cargo _____ Función que
ejerce _____ o
ejerció _____ / _____

Solicitamos respetuosamente que responda voluntariamente las interrogantes siguientes.

Gracias.

1. Qué conoce sobre la historia de la gestión de recursos humanos en salud GRHS en Angola? Antes de 1975, desde este año hasta 1992, y a partir de 1992 hasta la fecha.

2. Conoce los primeros documentos legales existentes sobre GRHS? Menciónelos y comente su contenido.

3. En Angola en el 2008 se promulgó la "Estrategia 2025". Puede decir qué significó esta para la GRHS.

4. En Angola en el 2010 se promulgó la Política Nacional de Salud. Puede decir qué significó esta para la GRHS.

5. En Angola en el 2012 se promulgó el Plan nacional de desarrollo sanitario 2012-2025. Sobre este, por favor responda las siguientes interrogantes:

5.1. En cuáles aspectos se ha avanzado más y en cuáles menos o nada? Explique y justifique.

5.2. Ya se elaboró una política nacional específica y la estrategia de desarrollo de la GRHS? En caso contrario, cómo va el proceso de elaboración? Qué equipo está con esa responsabilidad?

5.3 Cuáles son las causas de que no se haya cumplido la meta trazada en dicho plan para el 2015 de 3 médicos por 10000 habitantes?

6 Sobre el sistema de información diga:

6.1. Ya existe el observatorio nacional de RHS?

6.2 Cómo actualmente se recoge la información sobre los RHS?

7. Sobre el componente de planificación responda:

7.1 Quién planifica y cómo es la planificación de los RHS?

7.2 Cómo se conocen las necesidades de las provincias, municipios?

7.3 Cómo se tiene en cuenta el perfil epidemiológico del país, de las provincias y municipios?, ejemplifique con algunas de las enfermedades existentes

7.4 Qué relación se establece con las instituciones de atención primaria, secundaria y terciaria de salud?

7.5 Cómo se toma en cuenta las demandas y necesidades de la población?

7.6 Como se lleva a cabola distribución geográfica?

7.7 Recientemente, hubo un proceso de contratación ya Ministra informó que algunos de los aprobados en el examen de oposición no aceptaron los puestos porque se encontraban fuera de Luanda, cómo esa dificultades puede resolver?

7.8 Los problemas de disponibilidad se concentran en algunas profesiones críticas, no solo en zonas rurales o alejadas, sino también en áreas específicas de los distintos tipos de prestaciones en salud. Menciones cuáles son esas profesiones críticas.

8. Sobre el proceso de entrada responda:

8.1 Cómo es el sistema de contratación del personal sanitario?

8.2 Cómo se decide el número de plazas a ofertar?

8.3Cuál es la relación entre oferta y demanda? Puede proporcionar datos sobre esto.

8.4 Cómo se elaboran los exámenes de oposición?

8.5 Cuáles son las principales deficiencias cognitivas en estos exámenes?

8.6 Existe retroalimentación de las instituciones educativas sobre estas falencias?

9. Sobre el componente de formación diga:

9.1 Qué relación existe entre el MINSA y el Ministerio de Educación en cuanto a los mecanismos e instrumentos de formación inicial del personal sanitario?

9.2 Cómo se decide los perfiles de egreso y el número de estudiantes a formar según los diferentes perfiles profesionales?

9.3 ¿Cómo se tiene en cuenta el perfil epidemiológico del país, las provincias y los municipios en la designación de las diferentes carreras y el número de estudiantes en estas? ¿Las vacantes las deciden el MINSA o cada institución educativa?

9.4 ¿Cómo se garantiza o se puede garantizar que el número de estudiantes de cada municipio y provincia planificados de acuerdo con las necesidades ingrese a la universidad, para intentar hacer posible que después de graduarse regresen a trabajar en su lugar de origen?

9.5 Cómo valora usted la calidad de la formación inicial? Qué falencias tiene?

9.6 Se establece relación con el Ministerio de Educación Superior para decidir plazas para las diferentes carreras, formación postgraduada y especializada?

9.7 Cómo se toma en cuenta la legislación vigente sobre el sistema de carrera, en función de la realización de los procesos de ascenso e promoción de personal sanitario?

9.8 Cómo está el proceso de reestructuración de los programas de especialización post-médica y de formación pos-graduada?

9.9 Profundice sobre los planes de formación, perfeccionamiento y capacitación de los RHS.

10 Sobre el componente del desempeño responda:

10.1 El PNDS orienta la creación del Sistema de evaluación del desempeño de los RHS. Ya existe? Cómo se mide el desempeño?

10.2 Cómo se evalúa el desempeño de los RHS?

10.3 Existen todos los perfiles de desempeño por competencias, incluso de las profesiones críticas hoy en día?

10.4 Cómo valora usted el desempeño del personal sanitario

11 Qué puede decir de las siguientes afirmaciones planteadas en las encuestas realizadas sobre la nueva ley en 1992 que abrió la atención sanitaria privada:

- Trajo como ventajas más posibilidades de acceso a la población
- Los precios cobrados por este sector no son monitoreados, lo que afecta la accesibilidad de la población a estos servicios.
- Hubo desplazamiento del personal sanitario, ya con carencia, del sector público hacia el privado que provocó problemas de calidad y ausentismo en este sector.
- Falta de calidad en la atención en ambos sectores.
- Falta de motivación y satisfacción del personal sanitario.

12 Sobre el proceso de salida diga:

12.1 Cuáles son las causas principales de la pérdida de RHS

12.2 Cómo es el salario de los RHS? Cuánto representa el salario del personal sanitario de todo el gasto en salud?

12.3 Cómo usted valora la remuneración de los RHS?

13 El valor agregado de la existencia de equipos multidisciplinarios de salud con enfoque de salud familiar y comunitaria liderados por el médico de atención primaria está suficientemente documentado, particularmente para el tratamiento de los problemas crónicos de salud. Qué se debe hacer para lograr la creación de estos equipos multidisciplinarios en Angola.

Anexo No.4

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

GUÍA

DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD #2

En el ámbito del doctorado en Salud Pública y para la mejor comprensión de la atención de los profesionales de salud en el nivel de atención primaria de salud solicitamos al excelentísimo Sr. Responder las siguientes interrogantes. De antemano, muchas gracias.

Profesión: _____ Tiempo en esa profesión: _____

Institución: _____ Localización: _____

1. . Cuáles son sus funciones en la institución?
2. Describa un día de trabajo.
3. El modelo de atención primaria en salud (APS) es muy importante. ¿Que significa para uste esse modelo?
4. ¿Qué documentos internacionales y del gobierno angolano usted conoce que orientan la APS?
5. ¿Cómo es la participación de la familia y de la comunidad de esta institución según los postulados de la APS?
6. ¿Por qué será que los angolanos tienden a frecuentar los complejos hospitalarios y no los centros de este tipo?
7. ¿Cuáles son las acciones de promoción de salud que usted realiza? Ejemplifique.
8. ¿Cuáles son las acciones de prevención que usted realiza? Ejemplifique.
9. ¿Cómo funciona el sistema de referencia y contrarreferencia? Ejemplifique.
10. ¿Cómo usted evalúa los mecanismos de colaboración intersectorial con otras instituciones, la comunidad y la sociedad civil?
11. Qué equipamientos y tecnología posee la institución? ¿Es suficiente?. ¿Qué está en déficit?
12. ¿Cómo valora su formación en medicina familiar y comunitaria?

13. ¿Cuáles son los determinantes de la salud que más afectan a la población que el centro atiende? ¿Y que se puede hacer para resolverlos?

Anexo No. 5

QUADRO 39. Objectivos globais e metas específicas do PDRH 2013-2025

Objectivo global	Indicadores	Situação em 2013 (ou ano indicado)	Metas para os seguintes anos			Comentários
			2017	2020	2025	
Aproximação aos objectivos definidos nos documentos orientadores, nacionais e internacionais	Elaborar e aprovar uma política nacional de RHS (Resolução de Luanda e PNDS)	Em elaboração				Completada e consensualizada em 2014
	Elaborar e aprovar um plano estratégico nacional de RHS (Resolução de Luanda)	Em elaboração				Será este documento uma vez aprovado
	Estabelecer um observatório nacional dos RHS (Resolução de Luanda e PNDS)	Em desenvolvimento no Huambo e Benguela	Nas 18 províncias			
	Número dos quadros da saúde (PNFQ)		Mais 15%			Ver cenários em secção 6.3 deste PDRH
	Rácio de RHS por 1000 habitantes (PNFQ)			>2,3		
	Médicos por 10000 habitantes (PNFQ)			3,5	5,0	
	Médicos por 10.000 habitantes (PNDS)	1 em 2010			5	
	Nº de médicos (PNFQ)			8500	13850	
	Aumentar os Partos Assistidos por Pessoal de Saúde Qualificado (PNDS)	49% em 2010			85%	Não conhecendo o nº de partearas no país, não temos como estimar
	Aumentar as taxas de admissão nas faculdades e outras instituições de formação de RHS (PNFQ)		Mais 50%			Metas a especificar melhor com base no estudo a ser realizado pela COSEP
	Reforço de todos os cursos com deficit (formação técnica em farmácia, análises químicas e microbiológicas, enfermagem e auxiliares de saúde, administração hospitalar e apoio clínico) (PNFQ)		X			Ver também secção 6.4
	Doutorar quadros angolanos dos SNS (PNFQ) para reforço da rede de investigação e de ensino do SNS				20 investigadores; 50 médicos; 19 dentistas; 100 enfermeiros; 14 farmacêuticos	
Mestrar quadros angolanos do SNS (PNFQ) para reforço da rede de investigação e de ensino do SNS				240 médicos; 66 dentistas; 400 enfermeiros; 49 farmacêuticos		
Melhoria da capacidade de formação do MINSA	Existência de mecanismos de coordenação entre o MINSA, o Min Educação, o Min Ensino Superior e MAT para melhorar eficiência da produção de RHS		Mecanismos estabelecidos e em funcionamento			
	Saídas de médicos das IF nacionais					Ver também secção 6.4
	Saída de enfermeiros licenciados das IF nacionais					
	Saídas de TDT licenciados das IF nacionais					
	Saídas de TDT de nível médio das IF nacionais					
	Promoção de enfermeiros básicos a nível médio					
	Promoção de enfermeiros com bacharelato a licenciatura				100%	
	Número de docentes a tempo inteiro	n			N	Metas a especificar melhor com base no estudo a ser realizado pela COSEP
	% de docentes com licenciatura	%			%	
% de docentes com mestrado	%			%		
% de docentes com doutoramento						

Redução do défice absoluto dos RHS	Enfermeiros por 10.habitantes					Ver também secção 6.3 deste PDRH
	TDT por 10.000 habitantes					
	Auxiliares de acção médica por 10.000 habitantes					
Objectivo global	Indicadores	Situação em 2013 (ou ano indicado)	Metas para os seguintes anos			Comentários
			2017	2020	2025	
Redução das desigualdades em RHS entre as províncias	Habitantes/profissional de saúde				Os habitantes por categorias profissionais prioritárias iguais ou acima da do melhor rácio provincial em 2014	
	Nº de municípios sem médico				0	
	Nº de municípios sem TDT				0	
	Nº de municípios sem enfermeiros licenciados				0	
Redução das desigualdades intraprovinciais	Habitantes/profissional de saúde	Não está documentada	Metas a definir depois de documentar realidade actual			Ver anexo I
Melhoria do desempenho	Estrutura da pirâmide profissional				Estreitar a base (básica) e alargar o corpo da pirâmide de distribuição pelos diferentes níveis de formação	
	Formação dos gestores em gestão				Todos os gestores do SNS têm formação específica para as funções e gestão que desempenham	
	Adequação do perfil dos RHS ao desempenho esperado de cada US/equipas móveis/equipas de estratégia avançada	Desconhecido	Este perfil deverá ser revisto para integrar as actividades esperadas pelos grandes programas verticais e por cada nível de cuidados previsto no SNS			
	Procedimentos de avaliação do desempenho					Ver secção 8 deste PDRH
	% de RHS com avaliação de desempenho de acordo com novos procedimentos					
	Produtividade					
	Atribuição de incentivos	Excesso de incentivos e subsídios não regulamentados e que não são pagos	Definição de pacotes de incentivos, nacionais e provinciais, regulamentados e cabimentados.		Existência de mecanismos para identificar desempenho exemplar de equipas com consecução da atribuição regular de incentivos	
			Gestores que contribuem para correcção de desigualdades interprovincial e intraprovincial recebem incentivo de acordo com pacote de incentivos			

Retenção dos RSH no SNS	Taxa de abandono do SNS	Colheita de dados não está sistematizada			Reduzir a metade	
	Taxa de não ingresso no SNS das profissões específicas da saúde	Colheita de dados não está sistematizada			Reduzir a metade	

Objectivo global	Indicadores	Situação em 2013 (ou ano indicado)	Metas para os seguintes anos			Comentários
			2017	2020	2025	
Regulação dos RSH e concertação social	Existência ou não de Ordens profissionais	3	Garantir mecanismos de articulação entre os órgãos reguladores das profissões específicas da saúde			

Anexo Nº 6

Ofício nº 821
19.04.17

DNSP
GEPE

UCES

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

Ao

Ex.mo Sr. Ministro da Saúde da República de Angola

Prof.Doutor Luis Gomes Sambo

Luanda

Assunto: Solicitação para a Recolha de dados

António Vasco Matemba, filho de Vasco Matemba e de Cristina Quibuco de estado civil casado de 51 anos de idade , nascido aos 22 de Maio de 1965 na localidade de Hengue Comuna da Cabuta Municipio do Libolo Provincia do Kuanza sul. Portador do Bilhete de identidade número 000122847ks023 passado pelo arquivo de identificação de Luanda aos 22 de Abril de 2012.

Estudante Angolano matriculado no programa de Doutoramento em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da Universidade de Ciências Empresariais e Sociais (UCES) situada na cidade de Buenos Aires na República da Argentina desde 2014. Concluída a parte académica dos módulos presenciais obrigatórios e aprovado o projecto tese.

Vem mui respeitosamente solicitar ao Ex.mo Sr.Ministro da Saúde da República de Angola autorização para a recolha de dados ao nível do Ministério da saúde com destaque para o projecto de reforma do sector tendo em conta que o tema da pesquisa versa sobre a - **Análise da Trajectória das políticas públicas de Saúde em Angola 1975 á 2015** - de acordo a sintese do projecto de tese em anexo.

Pelo que espero deferimento

Luanda aos 3 de Abril de 2017.

O Siganatário

António Vasco Matemba

António Vasco Matemba

Ministério da Saúde



B17040300150007279070

Recibo

2017-04-03 10:27:54



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

À(O)

- DIRECÇÃO NACIONAL
DE SAÚDE PÚBLICA

- GABINETE DE ESTUDOS
PLANEAMENTO E ESTATÍSTICA

LUANDA

OFÍCIO N.º 821 /GAB.MIN/MS/2017

ASSUNTO: Solicitação de autorização para a recolha de dados.

Melhores cumprimentos.

Relativamente ao assunto em epígrafe, acusamos a recepção da carta subscrita pelo Sr. António Vasco Matemba, datada de 03 de Abril do ano em curso, e encarrega-me Sua Excelência Ministro da Saúde de transcrever o seu despacho, cujo teor é o seguinte:

“A
DNSP e GEPE poderão facultar o acesso e partilhar relatórios
1975 – 2015, já publicados pelo MINSAs; devendo o impetrante
respeitar os critérios académicos e científicos de referenciação.”

ASSINA: LUÍS GOMES SAMBO
DATA: 17/04/2017

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE, EM LUANDA, AOS 19 DE ABRIL DE 2017

O DIRECTOR


FERRÉIRA M. FERNANDES

Ministério da Saúde



B17042010150007433246

Original 2017-04-20 12:56:41