

MINISTERIO DE SALUD

**SITUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SALVADOR,
2013**
**Bases para la Política Nacional de Desarrollo de Recursos
Humanos en Salud**



San Salvador, agosto 2014.



Ministerio de Salud
Vice ministerio de Políticas de Salud
Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos
Dirección de Regulación y Legislación en Salud

**SITUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SALVADOR, 2013:
Bases para la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en
Salud.**

María Ángela Elías Marroquín
Directora de Desarrollo de Recursos Humanos

EL SALVADOR, AGOSTO 2014.

AUTORIDADES

**DRA. ELVIA VIOLETA MENJÍVAR.
MINISTRA DE SALUD**

**DR. EDUARDO ANTONIO ESPINOZA FIALLOS.
VICEMINISTRO DE POLÍTICAS DE SALUD**

**JULIO OSCAR ROBLES TICAS
VICEMINISTRO DE SERVICIOS DE SALUD**

INDICE

	Página
Introducción	5
I. Antecedentes	6
II. Marco referencial	9
III. Problemas y prioridades de la política	23
IV. Conclusiones	33
V. Bibliografía	34



HOY SE EMITIÓ LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL, NÚMERO 191
QUE DICE:

“Ministerio de Salud, San Salvador, a los 26 días del mes de agosto del año dos mil catorce. CONSIDERANDO: Que de conformidad a lo prescrito en la Política Nacional de Salud 2009-2014, la Estrategia dos refiere que el MINSAL, aumentará la capacidad para elaborar y poner en práctica Planes; Que es necesario emitir el Plan de implementación de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en el marco del proceso de Reforma en Salud, que contempla acciones intersectoriales e interinstitucionales para el desarrollo de los Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud; y que debe existir una planificación de intervenciones, sistematizada de forma clara y precisa que determine las metas y los resultados esperados. POR TANTO: en uso de sus facultades legales, RESUELVE emitir el siguiente: **SITUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SALVADOR, 2013: Bases para la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud**; en consecuencia a partir de la presente fecha es de obligatorio cumplimiento por parte de todos los actores involucrados. HÁGASE SABER. La Titular del Ramo de Salud. (f) E. V. Menjívar”.
Lo que transcribo para el conocimiento y efectos consiguientes.



Elvia Violeta Menjivar
Ministra de Salud

INTRODUCCIÓN

La Política de Salud 2009-2014 Construyendo La Esperanza es la definición política más importante del Gobierno de El Salvador que presidió Mauricio Funes para mejorar la salud de la población salvadoreña. Bajo la conducción de la Dra. María Isabel Rodríguez, Ministra de Salud, se plantearon seis líneas de política y 25 estrategias principales para avanzar en la transformación del sistema de salud vigente hasta el año 2009. Una de las líneas y tres de sus estrategias se refieren al desarrollo de los recursos humanos de salud, componente fundamental de cualquier sistema de salud.¹

Allí se plantea la necesidad de definir y ejecutar una política nacional de desarrollo de los recursos humanos, la búsqueda de mecanismos efectivos de cooperación entre el sistema de salud y las instituciones formadoras de personal de salud y la necesidad de potenciar la práctica de los agentes comunitarios de salud como un componente importante del primer nivel de atención en el sistema de salud.

Con dicha política el Gobierno del FMLN propone garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud que fortalezca sostenidamente lo público (incluyendo a la seguridad social) y regule efectivamente lo privado; que garantice el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud; a un ambiente sano y seguro. Se incluye el objetivo (pero no se limita a ello) de crear y mantener un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutivez y acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas.

Entre los principales problemas que debió enfrentar la gestión en Salud 2009-2014 se identificaba la “ausencia de una política de gestión y desarrollo de recursos humanos en salud; inadecuada distribución del personal, personal de salud insuficiente en toda la red pública de establecimientos de salud, combinado con una carencia de plazas para cubrir necesidades básicas. Personal de salud muy por debajo de los mínimos internacionales recomendados; la contratación de la mayor parte de los médicos especialistas con modalidades de menos de cuatro horas de trabajo diarias perjudica la atención al público y la gestión del hospital, así como la calidad del trabajo”².

La mayoría de esos problemas, identificados tempranamente en la gestión, son de índole estructural, largamente instalados en un sistema de salud segmentado y fragmentado, desfinanciado, carente de políticas y con baja capacidad de gestión efectiva y eficiente de sus principales componentes, entre ellos, de los recursos humanos de salud. La vigencia de esos problemas y el reconocimiento de otros identificados posteriormente, que impiden el avance de la transformación del sistema de salud, le colocan al Gobierno el imperativo de construir a la brevedad posible una política de desarrollo de recursos humanos teniendo en consideración los requerimientos de la Reforma de la Salud en el país.

Así como los problemas de salud – enfermedad requieren que las políticas públicas que les respondan sean no sólo alineadas e integradas a una política de salud, sino que también sean integrales (que actúen sobre los determinantes sociales como empleo, ingreso, educación, ambiente, cultura, vivienda); de la misma manera se requiere que las políticas para reorientar los procesos de desarrollo de los recursos humanos en el sistema nacional de salud, sean también integrales e integradas, alineadas a la política nacional del salud.

La razón de ello es que los problemas de los agentes esenciales de la atención y del cuidado de la salud de la población, que son los trabajadores de la salud, conocidos como recursos humanos, no

¹ María Isabel Rodríguez. Construyendo la Esperanza. Estrategias y Recomendaciones en Salud 2009-2014. Ministerio de Salud y Asistencia Social, 2009

² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de Labores 2009-2010. 2010.

son sólo problemas de dotación de medicinas, vacunas e instrumentos para atender el servicio. Es indispensable asegurar que los trabajadores de salud estén motivados y competentes técnicamente, y que trabajen en adecuadas condiciones, de manera efectiva y productiva en el lugar que se le necesita y en el momento en que se le requiere. En asegurar estas condiciones de manera sostenible consiste básicamente una política de recursos humanos de salud.

El presente documento tiene como propósito servir de referencia y ampliación para el análisis de los recursos humanos, y es una ampliación del documento base para la Política Nacional de Recursos Humanos, elaborado por el Dr. Pedro Brito, Consultor de OPS/OMS, en el 2010; su objetivo es caracterizar la situación de los recursos humanos en El Salvador, documento que ha sido validado por la Comisión Intersectorial de Recursos Humanos.

I. ANTECEDENTES

La agenda flexible que surge de los procesos de salud de corte privatizador de las anteriores décadas (1993-2008), caracterizada por un sistema regulatorio basado en la flexibilidad en el trabajo y el empleo que se orientaron hacia la lógica del mercado y del sector privado como elementos centrales de la re-estructuración de Sistemas de Salud; afectando seriamente la fuerza laboral en salud, especialmente las diversas formas de contratación que llevaron a una alta precarización del trabajador, con una dispersión fuerte de salarios, asignados sin un análisis de la complejidad del puesto de trabajo, dando como resultado climas organizacionales complejos y relaciones laborales conflictivas; a nivel del Sistema Nacional de Salud en adelante SNS. Durante el estudio de situación realizado al inicio de la gestión, en el 2010, *“Se observa que el 66.4% están bajo la forma de contratación Ley de Salario, 21% en contrato GOES, 13% del RRHH en salud es el que se contrata por servicios profesionales; siendo médicos, enfermeras y promotores, los profesionales que más se contratan en estas condiciones, debido a la provisión del servicio”*.³ De acuerdo a resultados del mismo estudio, en el caso del Instituto Salvadoreño del Seguro Social en adelante ISSS, este dato de contratos precarios se presenta en mayor proporción en hospitales del tercer nivel de atención, y en caso del MINSAL, en el primer Nivel de Atención.

La gestión actual del gobierno del FMLN al igual que la gestión del 2009-2014 define como una de sus principales Políticas la protección social del estado, dicha concepción en el caso de salud se define según se cita a continuación: *“...La propuesta se orienta a trazar el camino para hacer realidad este sueño largamente anhelado por la población, que tiene, al fin, oídos receptivos en las personas encargadas de conducir al país. El Presidente Mauricio Funes compromete su voluntad política y la gestión de los recursos necesarios, para construir un Sistema Nacional de Salud que, desde la concepción y el compromiso explícito del reconocimiento de la salud como un bien público y un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por el Estado, asume la tarea de la construcción colectiva, democrática y participativa de la misma, a partir de bases programáticas que incluyen: el enfoque de derechos humanos, el trabajo intersectorial para el abordaje de la determinación social de la salud, el desarrollo de un Sistema Nacional de Salud equitativo, eficiente, solidario y universal, así como la integración, complementación y desarrollo de Políticas de Salud en el nivel subregional y regional. La construcción de un sistema con estas características constituye un desafío histórico para el sector salud, lo que debe complementarse con el fortalecimiento de la organización comunitaria y de la sociedad civil para que la población pueda ejercer plenamente su derecho a la salud y vigilar el cumplimiento del rol contralor hacia el Estado”*⁴

En el Plan de Gobierno, para los RRHH se establecen cuatro aspectos que son retomados por la Política Nacional de Salud, cuyo objetivo general es *“Garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional de Salud que fortalezca sostenidamente lo público (incluyendo a la Seguridad Social) y regule efectivamente lo privado, el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, un ambiente sano y seguro, incluyendo (pero no limitándose a ello) la creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutivez y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas”*⁵ (Política Nacional de Salud).

Para avanzar en el cumplimiento de este objetivo en la Política Nacional de Salud se definen cuatro estrategias dirigidas a RRHH: a) 11: Salud Laboral; b) 18: Desarrollo de Recursos Humanos; c) 19: Coordinación con el sector formados; d) 20: Trabajadores comunitarios de Salud, en este sentido, la Política establece las prioridades de acción del Estado para garantizar el derecho a la salud de la población salvadoreña, en esta materia en ejercicios participativos y los propone como ejes de concerta-

³ Hernández, Doris. Estudio de Relaciones Laborales, OPS/OMS, El Salvador, 2010. <http://rrhh.salud.gob.sv/node/29>

⁴ María Isabel Rodríguez, Construyendo la Esperanza, mayo 2009, El Salvador.

⁵ Ministerio de Salud, Política Nacional de Salud. El Salvador, febrero 2010

ción y acción conjunta a los sectores e instituciones involucrados en el quehacer de los recursos humanos en salud.

El éxito del compromiso establecido en la Política, dependerá de que los RRHH estén completamente involucrados, identificados y sensibilizados con las demandas que plantea el sistema y con una nueva mística de trabajo, y que los esfuerzos de las instituciones integrantes del SNS, no sólo estén relacionados con el financiamiento o con la búsqueda de nuevas contrataciones, el reto es incluir una nueva forma de responder a las demandas generadas por este proceso de cambio social y que deben procurar racionalizar, homologar y mejorar las condiciones de trabajo en materia de protección laboral, régimen de trabajo, ambiente, remuneraciones e incentivos para los trabajadores del sector, y los mecanismos para lograrlo serán establecidos en la presente Política.

Para asumir la conducción estratégica de los RRHH del Sistema Nacional de Salud, se define en la estructura organizacional del Ministerio de Salud, la instancia de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, con una dependencia del Vice Ministerio de Políticas de Salud que orienta y define la gestión y el desarrollo de los RRHH del Sistema, desde sus inicios en octubre del 2009, se estableció un primer programa de Desarrollo de los mismos, que contenía las prioridades a ser abordadas, una de ellas el diseño e implementación de la Política Nacional de Desarrollo de RRHH en Salud, y en enero 2011 se presenta el documento base de dicha política, definiendo ocho prioridades para la agenda de la misma y que son el fundamento de este documento.

II. MARCO REFERENCIA

La presente Política Nacional de Desarrollo de RRHH en Salud en el ámbito nacional es una herramienta, cuyo diseño e implementación implica una serie de flujos e interacciones entre los diversos actores del campo de los recursos humanos y que conlleva procesos comprometidos de tomas de decisiones del más alto nivel; así también, se contextualiza en el marco del desarrollo internacional y nacional del tema de los RHUS, sus avances y desafíos para un Sistema de Salud basado en la APSI, con enfoque de derechos humanos y un abordaje de determinantes sociales de la salud; cuyo fin es el acceso universal a la atención en salud integral, de calidad y humanizada.

A. AMBITO INTERNACIONAL

La OMS en su Informe Mundial de Salud 2006 señala *"que para superar los escollos que obstaculizan el logro de los objetivos nacionales y mundiales en materia de salud es fundamental formar trabajadores sanitarios competentes, motivados y bien respaldados. La atención sanitaria es una industria de servicios basada fundamentalmente en el capital humano. 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."*⁶ Es importante resaltar que han existido muchos esfuerzos a través de las décadas por impulsar políticas a nivel de la Región Latinoamericana que van dirigidas hacia los Recursos Humanos en Salud, dada la relevancia de su función en los Sistemas Sanitarios.

El Informe plantea además que es importante el número y la calidad de personas trabajadoras en salud pero también debe responder al perfil epidemiológico cambiante de los países, al modelo de atención definido para el funcionamiento de los sistemas, cambios demográficos, entre otras variables que impactan la dotación de la fuerza laboral en salud de los países.

En vista de lo anterior, es importante definir los conceptos bajo los cuales se interpretan políticas, informes y estrategias en las últimas décadas, por ejemplo el informe define *"trabajadores sanitarios, como todas las personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud"*.

⁶ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Pág.14.

Desde esta perspectiva se amplía la dimensión y el alcance de quienes implementan acciones de salud en el interior y en el contexto de un sistema sanitario.

Este informe señala dos grandes resultados del análisis de la fuerza laboral en salud:

- El desequilibrio geográfico de la fuerza laboral sanitaria, especialmente la escasez de personal calificado en las zonas rurales o las zonas pobres.
- Los cincuenta y siete países identificados en el Informe Sobre la Salud en el Mundo 2006, como países con una escasez crítica de personal sanitario.

1. DECLARACIÓN DE KAMPALA Y SU EVALUACIÓN (PRIMERO Y SEGUNDO FORO DE RRHH)

También, en el Primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos de Salud desarrollado en Kampala, Uganda en marzo 2008, se emitió una Declaración que contenía las Prioridades a ser adoptadas para la acción internacional, pues se establece que el personal sanitario es la piedra angular y fuerza impulsora de los sistemas de salud. Las prioridades de acción internacional se articulan en torno a seis estrategias, y constituyen una hoja de ruta para el alcance de recursos humanos capacitados, motivados y respaldados, éstas son:

1. Crear liderazgo nacional e internacional coherente para encontrar soluciones a la crisis de personal sanitario.
2. Garantizar la capacidad de respuesta fundamentada, sobre la base de los datos objetivos y el aprendizaje conjunto.
3. Expandir la educación y formación del personal sanitario.
4. Retener recursos humanos para la salud eficaces, responsables y equitativamente distribuidos.
5. Administrar las presiones del mercado internacional y sus efectos sobre la migración del personal sanitario.
6. Garantizar mayores inversiones y más productivas en recursos humanos en salud.

2. EMPLEO Y TRABAJO DECENTE

Según el concepto definido por la Organización Internacional del Trabajo en adelante OIT, y adoptado por la comunidad internacional, el trabajo decente es el trabajo productivo para los hombres y las mujeres en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana. El trabajo decente supone que unos y otras tengan oportunidades para realizar una actividad productiva que aporte un ingreso justo, seguridad en el lugar de trabajo y protección social para los trabajadores y sus familias, que ofrezca mejores perspectivas de desarrollo personal y favorezca la integración social, que dé libertad a las personas para manifestar sus inquietudes, organizarse y participar en las decisiones que inciden en su vida, y que garantice la igualdad de oportunidades y de trato para todos.

La Agenda Hemisférica para generar Trabajo decente 2006-2015 lo define como una estrategia articulada de políticas que combina acciones en el ámbito económico, legal, institucional y del mercado de trabajo, cuya ejecución permitirá avanzar en la promoción del trabajo decente para todos.

Esta agenda Hemisférica está compuesta por tres elementos fundamentales:

- a) Políticas generales para el logro de los objetivos estratégicos y transversales, que orientan la generación de trabajo decente.
- b) Políticas en áreas de intervención específicas, y que refuerzan las políticas generales.
- c) Programas de Trabajo Decente por País (PTDP) o Subregionales (PSTD).
- d) Sus objetivos estratégicos son: i) Cumplimiento efectivo de los PTDP, ii) Generación de

mayores oportunidades de empleos para hombres y mujeres, iii) Ampliación y fortalecimiento de los sistemas de protección social de los trabajadores y iv) Promoción del diálogo social y fortalecimiento de los actores sociales.

Por lo anterior, el trabajo decente promovido por la OIT, implica generar suficientes puestos de trabajo para responder a las demandas de la población, pero también es un requisito indispensable que sean empleos productivos, de calidad y que las trabajadoras y los trabajadores los ocupen en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad humana. El Sector Salud contiene una gran fuerza laboral que aporta económica y socialmente a las condiciones de desarrollo en el país tanto directa como indirectamente, por lo que aquellas políticas vinculadas a generar una elevación en la calidad de vida de la población, tanto trabajadora como de quienes dependen de ellos es de alta relevancia para contribuir al desarrollo económico, social y cultural en El Salvador.

3. DÉCADA DE LOS RECURSOS HUMANOS, LLAMADO A LA ACCIÓN DE TORONTO (2007-2017)

El tema de RRHH ha sido abordado por los diferentes países de la Región de las Américas, y en abril 2005, acuerdan resaltar el papel de los y las trabajadoras de la salud en la construcción de la equidad y el logro de los objetivos del milenio, iniciando así la Década del Recurso Humano en Salud, establecido en Toronto, El Salvador ha ratificado su adhesión a este compromiso internacional que refuerza y orienta las acciones que en materia de desarrollo de RHUS se requieren para el país.

El Llamado a la acción de Toronto 2006-2015 “Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas”, originado en la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, estableció cinco grandes desafíos que buscan movilizar a actores nacionales e internacionales tanto del sector salud, como de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de RRHH en salud, que ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las prioridades nacionales de salud y al acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el 2015⁷; estableciendo la agenda en el llamado de Acción de Toronto, basada en los siguientes principios: a) Los RRHH son la base del Sistema de Salud; b) Trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social y c) Los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo.⁸

Los cinco desafíos críticos para el desarrollo de recursos humanos en salud son:

1. Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
2. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.
3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
4. Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
5. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la

⁷ OPS/OMS, Llamado para la Acción de Toronto: Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas (2006-2015).pág. 1.2005, Ontario. Canadá.

⁸ Ibíd.

salud para un modelo de atención universal, equitativa y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

En septiembre del 2007, la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la resolución CSP27.R7, Metas regionales en materia de RRHH para la salud 2007-2015, que tiene por objeto brindar apoyo a la formulación de planes de acción nacionales en materia de RRHH para la salud, encaminados a fortalecer la atención primaria de salud. Se estableció un conjunto de veinte metas regionales de RRHH para la salud 2007-2015, organizadas en torno a los cinco desafíos principales señalados anteriormente y posteriormente en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017.

Los cinco desafíos se han operacionalizado en 20 metas de RRHH, en los cuales los países de las Américas se han comprometido a cumplir al 2015.

En la reciente reunión de Ministros de las Américas, desarrollada en septiembre 2012, se presentó el primer resultado de la medición de estas metas, en veintitrés países de la región de América Latina y El Caribe, dentro de ellos El Salvador, y donde se definieron las siguientes líneas de acción:

- a) Redoblar tanto los esfuerzos como las inversiones en la planificación y el aumento de los RRHH para la salud apropiados, como un requisito esencial para lograr el acceso universal a servicios de atención de salud de buena calidad y ejecutar la estrategia de atención primaria de salud.
- b) Aumentar los esfuerzos dirigidos a la distribución equitativa del personal de salud, en particular en cuanto a su contratación y retención en las zonas subatendidas, rurales e indígenas.
- c) Poner en marcha sistemas para ofrecer programas de educación continua y de capacitación en el servicio para los gerentes de RRHH para la salud y para el personal sanitario; y forjar alianzas con las instituciones académicas.
- d) Fortalecer el Observatorio de RRHH de Salud como una estrategia para incluir a los sectores pertinentes y los interesados sociales directos, así como para garantizar información de buena calidad sobre los recursos humanos para la salud, tanto para la adopción de decisiones como para la formulación de políticas.
- e) Comprometerse a realizar una segunda evaluación de las veinte metas regionales en materia de RRHH para la salud en el 2013.
- f) La Organización reitera su compromiso de colaborar con los Ministerios de Salud y las entidades regionales, así como de apoyar sus esfuerzos para alcanzar las metas regionales.

4. PLAN DE SALUD DE CENTRO AMERICA Y REPUBLICA DOMINICANA 2010-2015.

En el ámbito de la Sub Región Centro América, el Plan de Salud de la Región 2010-2015, estableció que en respuesta a la situación de los RRHH como parte del Eje 2 - Agentes Integradores, que favorecerán el logro de los objetivos de salud de la Agenda, labrando a partir de hoy para la sostenibilidad y estabilidad de los procesos de integración regional.

A través de la inversión en modelos de formación común y de gestión estandarizados para la construcción colectiva y del intercambio de experiencias y buenas prácticas, estos agentes constituirán una fuerza de trabajo competente para la integración, contribuyendo a disminuir las brechas de salud entre los países y al interior de cada país miembro.

Se han establecido dos grandes resultados en el Plan de Desarrollo de los RRHH de la Sub Región, en el marco del proceso de integración Centro Americana y de República Dominicana:

- a) Resultado estratégico 10: Desarrollada y fortalecida la planificación regional para el desarrollo de los RRHH en salud, con cuatro líneas de acción.

- b) Resultado 11: Desarrollados los programas de formación y educación continua en el marco del logro del cumplimiento de la agenda, con cinco líneas de acción.

Los principales logros al 2012 son: Funcionamiento de la Comisión Técnica Sub Regional de Desarrollo de RRHH; se ha realizado el primer Estudio de Migración; puesta en funcionamiento del Sitio web del Observatorio de RRHH, primera medición de las metas de RRHH y mejora de la capacidad de conducción de las Direcciones de RRHH.

5. CONSTRUCCIÓN DE PLANES DE RECURSOS HUMANOS Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

El Ministerio de Salud de El Salvador y de Brasil, asumiendo los compromisos internacionales, organizan en El Salvador, en el marco de la cooperación de la Alianza Global en Pro del Personal Sanitario el taller “Planes de Recursos Humanos y Atención primaria en salud: los desafíos de la coordinación intersectorial y social”, donde participaron los ocho países de América Latina, con mayor déficit de RRHH, Bolivia, Paraguay, Perú, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Honduras y El Salvador, según el informe mundial de la OMS del 2006, y del cual se definen los compromisos de San Salvador siguientes⁹:

- a) Construir Capacidades de Gobierno para la promoción, el desarrollo, implementación y sustentabilidad de Políticas y Planes de RRHH para la transformación de los Sistemas de Salud hacia la equidad, la universalidad y el derecho a la salud, en el marco de la estrategia de atención primaria de salud.
- b) Promover una cultura de diálogo, intercambio y aprendizaje mutuo entre sectores claves de gobierno para el desarrollo de políticas y planes de RRHH para la salud, en una lógica de responsabilidad compartida con las políticas de gobierno.
- c) Generar, fortalecer y sostener ámbitos y mecanismos institucionales de intercambio de información, análisis, planificación, coordinación y concertación con sectores clave de gobierno, particularmente los sectores de finanzas, planeación, educación, servicio civil y trabajo, los diferentes niveles de gestión del sistema de salud y los actores sociales relevantes.
- d) Profundizar los procesos de cambios, ordenamiento y desarrollo institucional de las funciones de planificación, regulación, gestión de la educación y del trabajo en salud y de administración de personal de los Ministerios de Salud.
- e) Desarrollar sistemas gerenciales integrados de información sobre RRHH de salud, y redes colaborativas de información.
- f) Intercambiar experiencias, expertos, modelos, métodos, estudios y otros recursos relevantes para resolver los problemas de la gestión de políticas de RRHH para la salud.
- g) Aprovechar de manera conjunta las posibilidades de apoyo y de cooperación entre países, con las organizaciones internacionales, con las instancias de integración y las propias capacidades de cada país.

B. AMBITO NACIONAL

1. EL PLAN DE GOBIERNO Y LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD 2009-2014.

El Plan Quinquenal de Desarrollo del Gobierno 2009-2014, define que una de las Políticas sociales estratégicas es la de salud, pues establecerá “la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud” y permitirá a todos los habitantes del país acceder de manera oportuna a servicios de salud equitativos, universales y de calidad; para cumplir con dicho compromiso, define cuatro ámbitos en

⁹ Taller Internacional de Planes de Recursos Humanos y Atención Primaria de Salud: Desafíos para la coordinación Intersectorial y social Salvador, mayo 2010.

el desarrollo de los RRHH:

- a) Dotación suficiente y distribución adecuada del personal de acuerdo a las necesidades geográficas, poblacionales, de equidad y de resolución del sistema reformado en un marco de planificación y regulación sectorial de RRHH (desarrollo de la capacidad de gestión e investigación en salud, fortalecimiento de la capacidad de generación de información sobre RRHH y regulación a partir del registro y control de profesiones en este ámbito).
- b) Institucionalización de la carrera sanitaria.
- c) Disposición de condiciones laborales adecuadas para el desempeño profesional.
- d) Diseño e implementación de programas de capacitación y educación permanente que incentiven el desarrollo científico-técnico del personal.¹⁰

Este compromiso es retomado por la Política Nacional de Salud 2009-2014, cuyo objetivo es Garantizar a toda la población salvadoreña, su derecho a la salud a través de un Sistema Nacional de Salud que fortalezca sostenidamente lo público, y regule efectivamente lo privado, con acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, se hará de manera equitativa con base en la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral; el cual será alcanzado a través de seis líneas y sus veinticinco estrategias para avanzar en la transformación del Sistema Nacional de Salud vigente. Cuatro de dichas estrategias están referidas al desarrollo de los RRHH de salud.

Por otra parte la mayoría de problemas identificados tempranamente en la gestión, son de índole estructural, históricamente instalados en un Sistema de Salud segmentado y fragmentado, desfinanciado, carente de políticas y con baja capacidad de gestión efectiva y eficiente de sus principales componentes, entre ellos, de los RRHH de salud.

La vigencia de esos problemas y el reconocimiento de otros identificados posteriormente, al inicio de la gestión 2009/2014, impiden el avance de la transformación del Sistema de Salud, colocan al Gobierno en el imperativo de construir una Política de Desarrollo de RRHH, considerando los requerimientos de la Reforma de la Salud y reorientando los procesos de desarrollo integral e integrado de los RRHH, a fin de asegurar que los trabajadores de salud estén motivados y que trabajen en condiciones adecuadas, de manera efectiva en el lugar y en el momento que se le requiere.

Existen avances en el tema, especialmente en la dotación y distribución de los RRHH, en la formación de capacidades para responder a las necesidades en salud de la población con mejor calidad de la atención y progresar hacia la cobertura universal en salud, la coordinación con las instituciones formadoras, a través de la instauración de las mesas de educación médica y de enfermería; el funcionamiento desde 2010 de la Comisión Nacional de RRHH, donde participan más de diecisiete instituciones, como una instancia asesora y responsable del observatorio de RRHH.

A nivel del Instituto Nacional de Salud en adelante INS, se define la agenda de formación de los especialistas en salud, iniciando por las Residencias Médicas y Odontológicas, como programa importante de la recién iniciada Escuela de Gobierno, que formará los recursos estratégicos para el SNS.

2. LA REFORMA DE SALUD Y LOS RRHH: BASES DE UNA POLÍTICA NACIONAL

La propuesta de Reforma de la Salud en El Salvador ha definido desde sus inicios ocho ejes prioritarios para estructurar los cimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud, que constituyen

¹⁰ Plan Quinquenal de Desarrollo 2009-2014, Gobierno de El Salvador

las condiciones políticas e institucionales claves para asegurar su construcción, fortalecimiento y sostenibilidad, estos son:

1. *Construcción de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud*
2. *Construcción del Sistema Nacional de Emergencias Médicas*
3. *Respuesta a las necesidades de Medicamentos y Vacunas*
4. *Trabajo intersectorial e intrasectorial*
5. *Participación Social (Foro Nacional de Salud)*
6. *Creación Instituto Nacional de Salud*
7. *Sistema Único de Planificación e Información en Salud*
8. *Recursos Humanos en Salud como piedra angular del Sistema Nacional Integrado de Salud.*

La atención de la salud es un acontecimiento social de mayor importancia, por el cual personas que se han calificado técnica y socialmente (los trabajadores de la salud), contribuyen, a través de acciones sanitarias de contenido técnico especializado, a que otras personas (los ciudadanos) puedan preservar, recuperar o mejorar su salud.

En ese encuentro esencial, se da la posibilidad o la negación del cumplimiento del derecho a la salud. Por eso el personal de salud son personas que propician condiciones para que las personas tengan salud, y con justicia se les menciona como los agentes esenciales, el factor principal del proceso sanitario. Pero no siempre se les reconoce como agentes del derecho a la salud, cuya contribución es, asimismo, esencial en un enfoque de política social basado en la garantía de derechos.

La Reforma de la Salud y la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, en pleno avance, colocan en la agenda política del Ministerio de Salud, con el rótulo de URGENTE, la construcción de la Política Nacional de Desarrollo de los RRHH de Salud.

3. SITUACIÓN DE LOS RRHH

El desarrollo de los recursos humanos en salud en el país, debe analizar los procesos de educación y de trabajo en el contexto nacional, como procesos complementarios que en un conjunto determinan la cantidad, calidad y pertinencia del elemento humano que ponen en funcionamiento el sistema de salud salvadoreño. En ese sentido en el campo de los RRHH, las instituciones de educación superior juegan un papel importante en la formación de los RRHH de Salud, los cuales posteriormente, pasan al campo de trabajo como fuerza laboral en salud, siendo sus empleadores: MINSAL, ISSS, Sanidad Militar en adelante SM, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial en adelante ISBM, Fondo Solidario para la Salud en adelante FOSALUD, Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral en adelante ISRI, todos miembros del SNS, a ello se suma la empresa privada.

Las Universidades que forman profesionales de la salud son: Universidad de El Salvador en adelante UES, en su sede Central y dos Facultades Multidisciplinarias, una en Oriente y otra en Occidente; Universidad José Matías Delgado, Universidad Evangélica de El Salvador, Universidad Alberto Masferrer, Universidad Nueva San Salvador, la Universidad Autónoma de Santa Ana y la Universidad Doctor Andrés Bello; además de las Universidades, que forman RRHH de salud a nivel de tecnólogos y técnicos, se forman en el Instituto Especializado Superior de Enfermería y la Escuela Técnica para la Salud.

Anualmente egresan de todas las carreras, de acuerdo al registro del Ministerio de Educación, un promedio de 2500 estudiantes; los graduados en carreras de ciencias de la salud en los años 2009 al 2012 son: 2948, 3175 y 3200 respectivamente¹¹, que no corresponde a la oferta laboral, generando una desproporción oferta- demanda y por tanto, desempleo y sub empleo, aunque no se cuenta con

¹¹ Unidad de Monitoreo y Evaluación, MINED, 2012.

estudios que demuestren el porcentaje de los mismos a nivel nacional.¹²

Por otro lado, para ejercer las profesiones de la salud, es indispensable estar inscrito en el Consejo Superior de Salud Pública, órgano regulador, quien ejerce sus funciones de registro y control a través de las diferentes Juntas de Vigilancia de las Profesiones respectivas, como Laboratorio Clínico, Medicina, Enfermería, entre otras; y no existe en el país un proceso de certificación y re-certificación de competencias de los profesionales de la salud que garantice la vigencia de ellas.

En el contexto de desarrollo del SNS, basado en la estrategia de APS y teniendo como eje dinamizador la Reforma de Salud, se ha continuado trabajando en la construcción de una Política Nacional de Recursos Humanos coherente con los elementos adoptados en el documento "Política Nacional de Recursos Humanos en Salud" a la que hace referencia el informe anual de labores 2010-2011.

En cuanto a la fuerza de trabajo que tiene vinculación laboral en las Instituciones del SNS, solo trabajadores de la salud se cuenta con un total en el 2010 de 28,616 con un aumento para el 2012 hasta 30,806; en el MINSAL, en la ejecución de la estrategia de aumento de contrataciones generada por la Reforma, ha permitido que en el periodo 2010-2012 se pusieran a funcionar 481 Ecos Familiares y 36 Ecos Especializados. A través de esta cobertura ha sido posible cubrir 161 de los 262 municipios de extrema pobreza del país, correspondientes a comunidades solidarias rurales y urbanas o con alta prevalencia de desnutrición, prestan atención integral de salud a una población de 1, 801,693 habitantes del 2010 al 2012.¹³

Los RRHH nombrados adicionalmente en el MINSAL para mejorar la cobertura hasta el 2012 son 4,315 profesionales multidisciplinarios y agentes comunitarios; de ellos 2,815 son asignados al primer nivel de atención y 1,500 a Hospitales, de los cuales 120 son especialistas, lo que ha permitido mejorar el nivel resolutivo de las instituciones y la atención especializada en catorce hospitales. En relación a las brechas identificadas en el 2009, y las proyecciones de contratación incremental planificadas al 2014, se ha logrado cubrir un 38% de ellas, con personal clave en el desarrollo de la Reforma de Salud y que ha sido objeto de un meticuloso análisis, para dar respuesta a las prioridades establecidas en los planes de la misma, y una de las debilidades ha sido la baja contratación de profesionales de especialidades, no solo de atención directa en salud, sino aquellas necesarias para la gestión en salud, servicios administrativos, logísticos y de apoyo para responder al resto de ejes prioritarios de la Reforma.

La dotación y la distribución de estos recursos contratados ha obedecido a las prioridades identificadas en municipios que nunca habían tenido acceso a recursos de salud calificados, de modo de ir disminuyendo la brecha entre lo urbano y lo rural.¹⁴; la mayor fuente de financiamiento de estos recursos han sido fondos de gobierno y proyectos internacionales.

Es importante señalar, que más del 2% del personal profesional cobran menos del salario mínimo para una jornada de ocho horas diarias, y alrededor del 10% tiene contratos precarios, es decir, no tienen prestaciones ni beneficios sociales. A esto se suma el desorden en la clasificación o asignación de las plazas, lo que genera precariedad e injusticia en la asignación de salarios. Al inicio de la gestión se identificaron más de 500 trabajadores en estas condiciones, cuyos salarios fueron mejorados en septiembre del 2011.

Otro problema lo constituye el tiempo de contratación de médicos sean o no especialistas: el 42.5% trabajan dos horas por día (en el tercer nivel asciende a 60%), el 25.8% trabaja cuatro horas y solo el

¹² Ministerio De Educación, Dirección Nacional De Educación Superior, El Salvador, 2012

¹³ Dra María Isabel Rodríguez, Informe de Prensa, enero 2013, El Salvador.

¹⁴ Informe anual de Labores, 2010-2011, MINSAL

18.5% trabaja ocho horas por día.

En cuanto a la distribución geográfica de recursos en salud, específicamente médicos y enfermeras profesionales, según los resultados de la medición de metas del 2010, es inequitativa, teniendo departamentos con relación de RRHH de 42 por 10,000 habitantes y otros que son los más alejados con un índice de 4.2, dificultando el acceso a la salud de las poblaciones y una barrera para cumplir con el derecho a la salud.

La distribución de los profesionales médicos, refleja la presencia de especialistas en todos los departamentos, con mayor concentración en algunos de ellos donde se han instalado los Ecos Familiares y se han fortalecido los hospitales, lo que supone una mejora en la respuesta del acceso a salud de la población por RRHH calificados, igual comportamiento tienen los médicos generales. Así también, en la distribución del personal de enfermería en todos los departamentos del país, persiste una mayor proporción de personal técnico de enfermería, con respecto al personal con licenciatura, lo que no garantiza la calidad del cuidado, ya que un ejercicio por parte de personal técnico está regulado que a ser desempeñado bajo la supervisión de personal profesional.

Con la implementación de los Ecos Familiares, se ha mejorado la dotación y la calificación de promotores de salud, uno por cada doscientas familias, en los departamentos y municipios donde existe la estrategia.

Es importante en el marco de la Política y para atender a las necesidades integrales de salud de la población, que la fuerza laboral refleje una combinación de competencias clínicas y de salud pública en los diversos niveles del Sistema, de tal manera que responda a los desafíos de la planificación estratégica del Sistema, así como también a los requerimientos de la gestión de las RISS. En ese sentido, existe déficit de fuerza laboral calificada y no se han realizado las contrataciones suficientes y necesarias de epidemiólogos, planificadores, especialistas en Informática, en gestión de RRHH entre otros, para implementar los ocho ejes prioritarios de la Reforma de Salud; siendo importante señalar, que como primera medida para la gestión de los servicios de salud, fue necesaria la formación de los cuadros estratégicos de Direcciones de Hospitales, Regiones y SIBASI.

Por otra parte, el ISSS segundo empleador de RRHH en salud en el país, ha experimentado desde el 2010 un leve incremento en su fuerza laboral de 7,242 trabajadores de la salud a 7,428, fuerza laboral bajo el régimen de los contratos colectivos y otras prestaciones, al igual el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. En contraste con el MINSAL que mayoritariamente tiene a su personal bajo el régimen de ley de salarios y con la aplicación de la Ley del Escalafón se mejora el salario de los trabajadores hasta el 8% de incremento anualmente.

Para responder al carácter participativo e intersectorial del abordaje de la salud en las comunidades, a través del Foro Nacional de Salud se han organizado los Comités de Salud los cuales tienen una función de apoyo y contraloría social, y que ascienden a más de doscientos Comités en el 2012. Pero también se cuenta en las comunidades con parteras, que son lideresas no tradicionales que realizan acciones de promoción de la salud.

La composición de la fuerza laboral ha tenido un énfasis en las profesiones tradicionales que ha dado como resultado una estructura de cargos tradicionales que no responden actualmente a los desafíos del proceso de Reforma en Salud, donde la gestión propia de los RRHH debe permitir la movilización de los profesionales en los territorios de acuerdo a las demandas que genera la cobertura universal en salud.

En el contexto descrito anteriormente de contrataciones sin planificación, se agrava la situación de los diferentes niveles de atención del SNS, ampliando la brecha entre lo que se tiene y lo que se necesita para la implementación de la Reforma de Salud, ubicando a El Salvador entre los países de América con una relación más baja entre trabajadores de salud y población. Sin embargo, en el país se cuenta

con personal disponible en el mercado laboral para integrarse al SNS (a diferencia de otros países en donde no hay personal calificado) pero la falta de recursos financieros del Estado impide que sean incorporados, situación que demanda un abordaje interinstitucional e intersectorial, ya que las decisiones en el tema de RRHH no son exclusivos de salud, sino que requiere de una alto nivel de decisiones en el complejo campo de los RRHH.

Durante el año 2010, se desarrollaron una serie de estudios y eventos que han permitido profundizar y definir las metas regionales de Recursos Humanos en salud, donde el rol de la coordinación intersectorial y social ocupa un lugar importante.

A estos problemas se agrega, la limitación en la formación de competencias en el personal de salud requeridas para implementar el Modelo integral en salud con enfoque familiar y comunitario del SNS, basado en la APSI, con enfoque de derechos y determinantes sociales de la salud, lo que refleja una histórica des-coordinación entre las instituciones empleadoras y formadoras, para solventar este problema se ha conformado la Comisión Nacional de RRHH y la mesa de formación de médicos y enfermeras que realizan un trabajo conjunto en estas áreas.

El déficit de competencias ha sido analizado en el estudio realizado por el MINSAL en el 2010 con estudiantes egresados de medicina y enfermería cuyos resultados principales son:

- a) No todas las competencias genéricas y específicas se logran desarrollar equitativamente entre los estudiantes; ya que existen diferencias en los recursos con que cuenta cada Institución de Educación Superior.
- b) En la percepción de los egresados(as) de Medicina y de Enfermería, todas las competencias genéricas y específicas descritas en el estudio, forman parte del currículo de las Escuelas, sin embargo no todas reciben el mismo énfasis, ni se logran desarrollar equitativamente entre los(as) estudiantes.; esto muy probablemente se debe a que cada una de las instituciones posee su propio perfil de egresado y al énfasis que se le da a cada competencia en el currículo difiere, sobre la base de lo que es considerado como importante y aplicable en el Primer Nivel de Atención, por el cuerpo docente-administrador de la carrera de cada una de las Instituciones Formadoras, lo que deberían estar en concordancia con el perfil epidemiológico del país y las determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.
- c) Para ambas carreras, puede afirmarse que existen competencias que se han relegado a un segundo plano, entre las que se mencionan las relacionadas a lograr habilidad para trabajar en equipos interdisciplinarios; habilidad para involucrar a los individuos, familia y sociedad en los procesos para el mejoramiento y mantenimiento de su propia salud; capacidad para realizar investigaciones; habilidad para educar y comunicarse efectivamente con otros; capacidad para negociar y gestionar recursos a nivel local, entre otros; todas son insumos necesarios para el profesional de salud y que requiere para la resolución de problemas en la práctica, en beneficio de la población, requeridas para desempeñarse adecuadamente en el primer nivel de atención
- d) Una de las dificultades resaltada en el estudio para la enseñanza y el aprendizaje de las competencias no parece radicar exclusivamente en las Escuelas de Medicina y de Enfermería, sino también en algunos factores externos, entre los que se mencionan: inadecuada comunicación entre las instituciones empleadoras y las formadoras, lo que genera, frecuentemente, contradicciones entre lo que se enseña en el aula y lo que se debe practicar en el lugar de trabajo.

III. PROBLEMAS Y PRIORIDADES DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

En el contexto de la Política Nacional de Salud y su compromiso por implementar la Reforma del Sector Salud, con visión de largo plazo, se identifican los siguientes problemas a ser enfrentados en forma conjunta por los actores del Sistema Nacional de Salud y de Educación.

A. Recursos Humanos necesarios para el Primer Nivel de atención de las RISS

Para garantizar el acceso a los servicios de salud, cercano al lugar de vivienda, principalmente de la población que vive en condiciones de exclusión, el Modelo que se propone contempla las RISS, que define una nueva cultura organizacional con énfasis en los determinantes de la salud, enfoque democrático participativo para la gestión en redes, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de acciones; comunicación en todos los sentidos posibles; desarrollo y puesta en práctica de programas transversales integrales centrados en la persona y no en problemas o patologías.

En el actual Modelo de atención integral en salud, con enfoque familiar y comunitario, basado en la atención primaria en salud integral, para su implementación se han constituido las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) a la cual están vinculados los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares) y Equipos Comunitarios de Salud Familiar con Especialidades (Ecos Especializados). Este primer nivel de atención debe estar en condiciones de resolver cerca del 95% de los problemas de salud que se presentan en la comunidad¹⁵.

A pesar de los esfuerzos de mejora de la dotación persisten problemas de índole cuantitativos reflejados en el déficit de recursos humanos para funcionar en forma efectiva, y cualitativa, especialmente en el marco conceptual y en las funciones de la promoción de la salud que todo recurso humano en salud, independientemente de su especialidad debería tener las competencias necesarias para desarrollarlas en cualquiera de los niveles de atención. Para enfrentar estos problemas se debe cubrir con la estrategia de equipos de familia el 100% de los municipios a nivel nacional, ello implica un mejoramiento del presupuesto asignado para la sostenibilidad de la Reforma de Salud en este primer eje.

El personal existente, así como el personal que es necesario incorporar en el corto plazo, carecen de las competencias que se requieren para el desempeño del Modelo de atención basada en la Atención Primaria de Salud Integral en las RISS; de similar manera, dicho personal requiere desarrollar una cultura y competencias para el desempeño en equipos inter profesionales, para dar cuenta de una atención integral basada en un modelo de cuidado igualmente integral y continuo. Así también, se continúa con trabajadores con precariedad del trabajo tanto en el MINSAL como ISSS.

Otra dificultad identificada es la resistencia al cambio de parte de los profesionales de salud a desempeñarse en este nivel de atención. Como consecuencia de un modelo de formación biomédico, centrado en el hospital y tendiente a la especialización, así como la falta de incentivos (monetarios y no monetarios) que mejoren la retención de los trabajadores en las zonas alejadas a la capital, por tanto se hace difícil la contratación de los recursos humanos en estos ámbitos, necesarios en calidad y cantidad.

De cara a la situación de morbilidad evitable en la RISS, aún no están solventados los desbalances en la dotación de atención especializada según los lineamientos de categorización de los hospitales, como parte crítica de la resolución de las complicaciones que requieren de competencias y tecnología adecuada para el funcionamiento adecuado de las RISS.

B. Recursos Humanos necesarios para los Hospitales del Sistema Nacional Integrado de Salud

¹⁵ Brito Pedro, documento de base de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL/OPS/OMS, El Salvador 2010

El Sistema de Salud antes del 2009, tenía como eje predominante a los hospitales basado en un modelo biomédico con énfasis en el abordaje curativo lo que se refleja en la consulta externa electiva y la consulta de emergencias, con un alto porcentaje de pacientes y atenciones de primer nivel (en algunos de ellos alrededor del 40% y en otros hasta el 100%). Lo anterior se producía debido a la baja resolutivez del primer nivel de atención, baja cobertura y dificultades en el acceso al derecho a la salud.

En los años noventa, los Centros de Salud del MINSAL, fueron re-categorizados como Hospitales sin dotarlos de las condiciones ni recursos para tal función. Los actuales hospitales regionales y departamentales sufrieron un serio deterioro desde los años noventa. De la misma forma cayeron drásticamente las camas por habitante en el sector público y el ISSS.

En el marco de las RISS, se vincula de manera sistémica los tres niveles de resolutivez, por tanto se requiere que el segundo nivel atienda como mínimo las cuatro especialidades básicas y las especialidades que sean prevalentes en una determinada área geográfica, descongestionando la atención en los hospitales de tercer nivel y adecuándolo al perfil epidemiológico y área geográfica con un conjunto de prestaciones, re-definiendo cuadros básicos de medicamentos acordes a la oferta de servicios.

En el marco de los RRHH se enfrenta problemas de déficit, especialmente en algunas especialidades categorizadas como críticas, sin embargo no se puede cuantificar debido a la ausencia de planificación sistemática de la formación de RRHH, particularmente en áreas como oftalmología, otorrinolaringología, cirugía pediátrica, cirugía torácica, neurocirugía, urología, ortopedia, hematología, oncología, patología clínica, medicina familiar, alergología, medicina interna, dermatología, emergencias, anestesiología y radiología, lo que exige un abordaje integral; al inicio de la gestión el déficit calculado sin la dimensión del cambio actual, ha sido solventado en el 37%, generando aumento de la carga laboral, ya que hay un aumento en la demanda de la atención, ya sea de forma espontánea por la supresión de cuotas de pago mal llamadas “voluntarias” o como resultado del sistema de referencia y retorno.

Además existe multiempleo por los bajos salarios y la diversidad de horas de contratación, especialmente en la profesión médica, con deterioro en la calidad de la atención y desempleo o subempleo en otros profesionales; otro aspecto importante es la conflictividad laboral derivada de situaciones de larga data como son: una gran heteronimia salarial para similares categorías y funciones, deterioro del nivel adquisitivo de los salarios, condiciones de trabajo deficientes y la precariedad de algunos contratos de trabajo. A ello se agrega una alta fragmentación de la representación sindical que representan otras tantas categorías diferentes de personal de salud.

Pero también, en nueve hospitales escuela existe un número insuficiente de profesionales contratados para realizar la función docente a diversas universidades y escuelas, además de condiciones técnicas precarias para la gestión educacional en las Unidades de Desarrollo Profesional en adelante UDP del MINSAL. Estas mismas condiciones suceden aunque en menor cuantía en los hospitales escuela de la Seguridad Social y Sanidad Militar, a pesar de que en el periodo 2009/2012 se ha realizado un esfuerzo intenso para tomar acuerdos interinstitucionales, especialmente en el proceso de selección de los aspirantes a especialistas, entre ellos proceso único de selección con examen nacional coordinado por instancias bipartitas de las Universidades y las Instituciones del Sistema Nacional de Salud. Este tema está siendo continuado por el Instituto Nacional de Salud a través de la Escuela de Gobierno.

C. Reorientar y regular las Residencias Médicas en concordancia con las prioridades de la Reforma de Salud

Existe un déficit de especialidades críticas para el primer nivel de atención: medicina familiar, medicina interna, pediatría, cirugía, psiquiatría y gineco-obstetricia, así como para los hospitales de

segundo y tercer nivel. Este déficit cuantitativo se complica porque se requiere un desempeño en un entorno organizacional de RIISS, clave para los objetivos de la Reforma de ampliación de la cobertura hacia la universalidad con calidad y resolutivead.

La actual organización y funcionamiento de las residencias médicas se caracteriza por la existencia de la formación de las seis especialidades básicas a través de las Universidades Pública y Privadas, no así subespecialidades o segundas especialidades, las cuales se siguen formando a nivel del campo hospitalario. A partir del 2009 se genera una nueva normativa del MINSAL, con relación a los procesos de ingreso y formación de las especialidades, además se han articulado esfuerzos especialmente con la Universidad Pública para unificar los procesos de ingreso y formación con las diferentes instituciones del SNS, realizándose por primera vez un examen único a nivel nacional para el ingreso 2013.

Además existen las UDP en los nueve hospitales escuela del MINSAL y Unidades de Docencia e Investigación en el ISSS y Sanidad Militar, entidades responsables de coordinar los procesos en los hospitales con las instituciones formadoras y dar cumplimiento a las directrices emanadas el Comité Académico Institucional del MINSAL y las autoridades de las Universidades.

La dirección estratégica para el Sistema Nacional de Especialidades en Salud ha sido asignado a la Escuela de Gobierno en el Instituto Nacional de Salud (INS), lo que permitirá gobernanza para solucionar la inexistencia de un cuadro de especialidades prioritarias, y ausencia de planificación de la producción de especialistas, carencia de instrumentos técnicos jurídicos para los procesos de ingreso, evaluación, docencia y calidad de la formación.

Esta carencia esencial hace que la formación de especialidades obedezca más a criterios del mercado de atención especializada y a la presión de las corporaciones profesionales que a las necesidades del SNS. Las instituciones formadoras, que son parte clave en este proceso deben asumir su responsabilidad de manera autónoma y parcial, en base a sus propios objetivos, intereses y normativas articulado con el SNS.

Los estudios realizados a la fecha demuestran una falta de integración docencia-servicio que permita articular los esfuerzos institucionales para garantizar la calidad de formación del especialista. En este rubro se han iniciado esfuerzos con la conformación de una mesa interinstitucional para el análisis de las mismas.

El déficit de especialidades críticas para el primer nivel, consecuencia directa de años de un Sistema de Salud fragmentado y el modelo de atención con tendencia curativa, esto plantea la necesidad del fortalecimiento de RRHH para el funcionamiento del actual modelo de atención, considerando a su vez la falta de incentivos para hacer practica la aplicación del modelo vigente, ya que no existen incentivos para RRHH que contemplen elementos como: la ruralidad y la capacitación durante el servicio.

Existe en el Sistema de Salud una limitada cantidad de plazas para becas de estudios de especialidad médica y odontológica, pero no existe oportunidad para formación de especialidades no médicas.

La gestión educacional de las residencias es débil, las definiciones claves y el peso de la gestión terminan en manos de las direcciones de los hospitales, actualmente se están sentando las bases para que exista una orientación estratégica del MINSAL. Se requiere del fortalecimiento de las UDP, ya que carecen de condiciones técnicas, reglamentarias y tecnológicas, así como una adecuada asignación de responsables de las mismas.

Programas de formación (currícula) técnicamente deficientes y formulados de manera autónoma por las unidades docentes y las Universidades participantes, muchas basadas en la demanda de estu-

diantes que les generan ingresos económicos y no acordes a las necesidades y exigencias de la Reforma de Salud para el SNS.

D. Desarrollo de líderes para áreas críticas en la Reforma de Salud

La Reforma de Salud ha puesto de manifiesto las grandes y urgentes necesidades de personal responsable de la conducción estratégica: técnica y política del SNS. Se han desarrollado dos cohortes de formación de cuadros estratégicos del Sistema: para los Directores/as de Hospitales, Regiones de Salud y SIBASI y actualmente se implementa un programa intensivo de formación de cuadros de Dirección del Nivel Estratégico, Hospitales y los referentes de las Redes Departamentales, tanto del Primer nivel como de Hospitales; dicha formación continuará con las coordinaciones de las setenta y cuatro redes. El programa se desarrolla con la cooperación de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y el apoyo de la OPS/OMS, dada la necesidad de formar líderes estratégicos y técnicos que respondan al proceso de Reforma de Salud y la Política Nacional de Salud.

La oferta existente de Maestrías en Salud Pública y programas específicos en gestión de servicios, debe fortalecer su currículo en términos de: su orientación, contenidos, calidad docentes y perfiles de competencias, incorporando competencias genéricas y específicas que respondan a la Atención Primaria en Salud Integral, así como la actualización constante que incorpore enfoques de respeto a la diversidad, género, derechos humanos, inclusión social, gestión de conflictos, prevención de violencia, entre otros.

Como parte de sus responsabilidades la Escuela de Gobierno, deberá contribuir a resolver esta carencia de personal de conducción estratégica del SNS. Entre las áreas identificadas como críticas se encuentran las siguientes: epidemiología, Políticas Públicas, planificación en salud, gestión de sistemas y servicios de salud, economía de la salud, salud ambiental, gestión de Recursos Humanos de Salud, evaluación de políticas y servicios de salud.

E. Asegurar la pertinencia social y técnica de la práctica de los Promotores de Salud, en la articulación entre sus comunidades y el Sistema Nacional Integrado de Salud

Los promotores de salud constituyen una categoría de personal, de crucial importancia, especialmente en el primer nivel de atención, para el desarrollo y consolidación del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, que desarrolla la APSI y funcionando en RIISS. Ellos forman parte del Ecos Familiares y se constituyen en el vínculo más importante entre las comunidades, a las que pertenecen y el SNS en su nivel de primer contacto. Además son responsables en buena medida de promover la participación social en salud, vincular las estrategias y programas de salud tanto con las Políticas Públicas tanto intra sectorial e inter sectoriales en el nivel local y facilitar el acceso de la comunidad a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en la salud, así como la coordinación con los gobiernos locales, lo que incide en el desarrollo local y la transformación de las determinantes de la salud.

Para el 2009, el déficit era de dos mil treinta y tres promotores de salud que requería incorporarse en el primer nivel de atención para hacer efectiva la Política Nacional de Salud 2009- 2014, que necesitan ser formados e incorporados de manera progresiva al primer nivel de atención, con un perfil de desempeño integral e integrado, de los cuales se han contratado un mil doscientos sesenta y cinco promotores de salud (en el período comprendido entre los años 2009-2012), lo que representa el 62% de lo planeado; y para su calificación se desarrolla un programa de formación intensivo, con dos modalidades, la primera dirigida a promotores contratados en esta gestión, que han sido seleccionados por sus comunidades, la segunda consiste en la certificación de competencias de los ya existentes hasta el 2009 en el MINSAL y que no tenían ningún proceso sistemático de formación, ya que el curso de promotores no se desarrollaba desde 1999, la formación se basa en la metodología de la pro-

blematización, desarrollado con el enfoque de APSI enfatizando su formación y desarrollo en los elementos de enfoque de educación y promoción de la salud.

F. Desarrollar una Carrera Sanitaria para el conjunto de los trabajadores del Sistema Nacional de Salud.

En El Salvador no se cuenta con la Carrera Sanitaria, dada la conformación histórica del MINSAL, en el marco de la Reforma del Sector se aprobó la Ley del Sistema Nacional de Salud, dando lugar a la elaboración del marco normativo y sus respectivos instrumentos para orientar, ordenar y gestionar los diversos procesos de desarrollo de RRHH de Salud.

A través de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos del MINSAL, se ha analizado y elaborado una propuesta que integra los componentes básicos que deben considerarse para diseñar una propuesta de Ley de Carrera Sanitaria para las personas que trabajan en la Institución, concebida como un sistema de incentivos y factor de desarrollo del RRHH. Una Carrera Sanitaria en el servicio civil es un conjunto de reglas de juego institucionalizadas con la finalidad de regular una relación laboral en el ámbito de la administración pública.

La carrera sanitaria aborda temas como:

- a. Los derechos como trabajador
- b. Las necesidades del usuario de los servicios de salud
- c. Los requerimientos de la institución en la que trabaja

Al carecer de planificación estratégica de RRHH, el SNS ha venido implementado enfoques de administración del personal, sin considerar la dinámica específica del sector salud, dando lugar a desigualdades en el acceso a oportunidades a los puestos de trabajo, oportunidades de formación y capacitación, certificación periódica de competencias, estabilidad laboral, promociones y ascensos, perspectivas de desarrollo personal y laboral, remuneraciones y beneficios equitativos y programados considerando el ciclo laboral de las personas que trabajan en salud.

El desarrollo de una Carrera Sanitaria se ha dificultado por factores como: el avance del proceso de Reforma de salud, la complejidad de la problemática laboral y social del personal, así como de la ciudadanía en general, de criterios técnicos muy claros en el diálogo social que se debe establecer con los actores, en especial con los actores políticos y sindicales.

Este esfuerzo se vincula al desarrollo del proyecto de profesionalización del servicio civil desde la Subsecretaría de Modernización y Gobernabilidad de la Secretaría de Asuntos Estratégicos de la Presidencia, que impulsa este proceso en todo el Sistema Público.

G. Reorientación de la formación profesional y técnica acorde a los requerimientos de la Reforma de Salud.

El aspecto central es la persistencia de un Modelo de Educación en Salud (impartido por las Instituciones Formadoras de RHUS caracterizado por la hegemonía biomédica, orientación individualista, recuperativa, y centrada en la institución del hospital, en la dependencia de la tecnología médica y en el paradigma profesional del especialista clínico.

En el país se observa que la formación profesional y técnica del pregrado y postgrado no responde a las necesidades y requerimientos del SNS. Esta situación se hace crítica en estos momentos con la definición y prioridad de la Reforma de Salud y la construcción del SNS, aunque se han iniciado esfuerzos desde la Comisión Nacional de RRHH, integrada desde 2010, impulsando esfuerzo de mejora de la coordinación interinstitucional que mejore los problemas de RRHH.

La formación de profesionales y técnicos, en especial de los profesionales de medicina y enfermería, se realiza mayormente en los hospitales del tercer nivel, enfocando sus competencias mayormente clínicas. Desde el punto de vista institucional la articulación (para calificar de alguna manera la relación) entre la Universidad y el MINSAL es incipiente, centrada en la necesidad de utilización de los servicios de salud para la formación de personal profesional y técnico.

La carencia de planificación de personal y de regulación de los procesos de formación de RRHH (en tanto instrumentos de gobernanza por la autoridad sanitaria nacional) permite que los procesos de formación se den de manera fragmentada y autónoma obedeciendo más a criterios de mercado o a la presión corporativa, que a criterios basados en necesidades sanitarias. Esto lleva, en algunas categorías profesionales y técnicas, a problemas posteriores de empleo y de mercado laboral.

Una relación diferente, orientada por los objetivos de la Reforma, respetuosa y efectiva, con las Universidades y escuelas de ciencias de la salud es de gran importancia para el desarrollo de los RRHH, en una perspectiva de mediano y largo plazo. No hay posibilidades de que los objetivos, principios y beneficios de la Reforma se hagan realidad, sin una transformación cualitativa de la formación del personal de salud.

El SNS debe fortalecerse acorde con el modelo de atención vigente, con la calidad, la resolutivez de los servicios, la dignidad en la atención a los ciudadanos, que requieren personal formado con otro modelo educacional, que respondan a otro paradigma de salud. Algunas de esas necesidades son de urgencia y otras son de mediano y largo plazo, pero ambas igualmente importantes. Todo ello requiere un cambio fundamental en la formación de los recursos humanos, de pre y post grado que no se puede postergar.

H. Educación continua para todos los trabajadores del Sistema Nacional de Salud.

Por lo general las actividades de capacitación se realizaban con la finalidad de incluir nuevos conocimientos, criterios de atención o de control en el marco de programas verticales, centrados en la enfermedad o para mejorar aspectos específicos de la administración en sus diversos componentes.

La capacitación estaba limitada a un sector de los recursos de salud sin mayor planificación o gestión del conocimiento que fuera coherente con la Políticas de Salud, ni en concordancia con objetivos sistémicos o de las necesidades de mejoría del desempeño que emergen de estrategias para mejorar la atención en calidad o en cantidad.

La gestión de la capacitación en el SNS, que no considera la integralidad e integración, fragmenta los servicios y duplica los costos e interfiere con el desarrollo de los servicios, debido a frecuentes ausencias de los trabajadores para asistir a actividades de capacitación, los cuales no establecían los mecanismos de control adecuado, compromisos y resultados esperados de dicha capacitación.

El monto de la inversión en capacitación, sin resultados medibles ha sido significativo. Tampoco se tiene una evaluación de su efectividad, las estrategias educacionales, por lo común presenciales se orientan principalmente a la adquisición de nuevos conocimientos instrumentales y a la reproducción de prácticas que no se ajustan a los objetivos y necesidades de transformación de los modelos de atención y de la mejoría de los servicios para la calidad y la universalidad de la atención. Los planes sistemáticos para el desarrollo de acciones educacionales para el personal de salud que provee los servicios, no han generado respuestas claras a las necesidades de cambio de las prácticas sanitarias que plantea la Reforma.

La educación es una estrategia transformadora y gratificante de cualquier práctica o actividad humana sin embargo, algunas veces se ha proporcionado con fines instrumentales y de corto plazo, se han realizado diversos esfuerzo que han permitido articular en gran medida, aunque no lo suficiente, los procesos de calificación vinculado al trabajo, existe un Plan Nacional de Formación y

Capacitación, con referentes locales para su articulación y seguimiento, pero persiste las dificultades de integración -con los programas de salud.

En el proceso de la Reforma y del cambio del SNS se requiere desarrollar un sistema nacional de educación permanente para todo el personal de salud que se caracterice por los siguientes criterios:

1. Acceso universal y gratuito a todos los trabajadores del SNS.
2. Programas educacionales en respuesta a las necesidades del servicio, del desempeño laboral y del desarrollo profesional.
3. Calidad, pertinencia técnica y social.
4. Eficiencia y eficacia.
5. Flexibilidad y ajuste a las condiciones de trabajo
6. Gobernanza única y gestión educacional eficiente
7. Infraestructura y tecnologías que respondan al modelo de atención vigente.

IV. CONCLUSIONES:

Este análisis de recursos humanos en el país, demuestra los avances significativos en :

1. En el abordaje integral de los recursos humanos, que ha permitido la conjunción de diversos actores en el complejo campo de los recursos humanos, que se vinculan en un esfuerzo conjunto en la Comisión Intersectorial de Recursos Humanos.
2. Se avanza ha avanzado en la generación de evidencia científica que permita a los tomar decisiones tanto en el campo laboral como en la formación y regulación del ejercicio laboral
3. Ha mejorado la dotación y distribución de los recursos humanos, lo que ha dado como resultado mejor acceso de la población a su derecho a la salud, especialmente a tener acceso a recursos humanos calificados.
4. Se avanza en la conducción estratégica de los recursos humanos, desde la Instancia Rectora.
5. Se visualiza una franca alineación de la cooperación internacional en el campo de los recursos humanos, para responder a la implementación de proceso de reforma de salud en el país.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. Brito Pedro, documento de base de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL/OPS/OMS, El Salvador 2010
2. Galeano, Josefina. Análisis de la fuerza laboral en Salud, El Salvador, 2010.
http://rrhh.salud.gob.sv/files/webfiles/publicaciones/caracterizacion_fuerza_de_trabajo_informe_tecnico.pdf.
3. Hernández, Doris. Estudio de Relaciones Laborales, OPS/OMS, El Salvador, 2010.
<http://rrhh.salud.gob.sv/node/29>
4. María Isabel Rodríguez, Construyendo la Esperanza, mayo 2009, El Salvador.
5. Mercer Hugo, Situación de los Recursos Humanos en El Salvador, 2010. MINSAL/OPS/OMS
http://rrhh.salud.gob.sv/files/webfiles/publicaciones/situacion_de_los_rrhh_en_el_salvador_mayo_2010.pdf.
6. Ministerio de Salud, Informe de la Medición de Metas de Recursos Humanos, 2010, El Salvador.
7. Ministerio de Salud, Informes de Labores, 2011, 2012, El Salvador.
8. Ministerio de Salud, Política Nacional de Salud. El Salvador, febrero 2010.
9. OPS/OMS, Llamado para la Acción de Toronto: Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas (2006-2015).pág. 1.2005, Ontario. Canadá.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Pág.14.
11. Planes de Recursos Humanos y Atención Primaria de Salud: Desafíos para la coordinación Intersectorial y social Salvador, OPS/OMS, El Salvador mayo 2010.
http://rrhh.salud.gob.sv/files/webfiles/planes/planes_atencion_primaria_desafios_coordinacion_intersectorial.pdf