



MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR

SITUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN EL SALVADOR Estudio de caso

Mayo 2010

INTRODUCCION

El presente informe¹ sintetiza los hallazgos del estudio de caso sobre “**Situación de los Recursos Humanos en Salud en El Salvador**”; dicho estudio ha sido realizado con el objetivo de analizar con la información disponible, la situación actual de los recursos humanos en salud de El Salvador y su relación con los Ministerios de Trabajo, Hacienda y Educación, a fin de contar con un documento para ser utilizado como insumo de trabajo en el “Taller de Análisis de Planes de Recursos Humanos para la Atención Primaria de Salud y sus Relaciones con Finanzas, Trabajo y Educación”, para su construcción se recolectó información de fuentes primarias de los diferentes ministerios (puntos focales), así como fuentes secundarias, tomando como base el desarrollo de políticas de recursos humanos para la salud y transformación de los modelos de atención; marco de políticas de recursos humanos; el proceso de participación en el desarrollo de políticas de recursos humanos y el proceso de coordinación con sectores clave de gobierno.

1. ANTECEDENTES

La República de El Salvador es el país de menor extensión territorial en la América Continental y está situado en América Central. Tiene una extensión territorial de 21,040.79 km², con una población de 5,744,113 habitantes; geográficamente está dividido en 14 departamentos, en los cuales se distribuyen 262 municipios. De acuerdo con su Constitución Política es un Estado soberano, de gobierno republicano, democrático y representativo; los órganos fundamentales de gobierno son tres: el Legislativo, compuesto por una Asamblea de 84 diputados; el Ejecutivo, encabezado por el Presidente Constitucional de la República; y el Judicial, ejercido por la Corte Suprema de Justicia, integrada por 15 magistrados, uno de los cuales es su presidente.

Para responder al derecho, constitucionalmente establecido, a la salud de la población, el sistema de salud está integrado por el sector público, constituido por el MSPAS al que le corresponde atender un 73.6% de la población, la Seguridad Social (ISSS), con un 23.9% (atiende sólo a población con vinculación laboral), Sanidad Militar (1.1%) y el Instituto de Bienestar Magisterial (1.4%), de acuerdo con la ley del Sistema Nacional de Salud, aprobada mediante decreto N°. 442, publicada en el D.O. N° 214, Tomo 377 de fecha 16 de noviembre de 2007, el órgano rector es el Ministerio de Salud.

Para dar respuesta a las necesidades en salud de la población que le corresponde, el Ministerio cuenta con una red de 619 establecimientos de salud, de los cuales 588 pertenecen al primer nivel de atención (377 unidades de salud, 3 centros de atención de emergencias, 160 casas de la salud, 46 centros rurales de nutrición, 2 clínicas de personal y 1 CIAMIN); el segundo nivel cuenta con 27 hospitales, en tanto el tercer nivel dispone de 3 hospitales especializados.

¹ En la elaboración del estudio se contó con el apoyo de un equipo consultor de la OPS, que trabajó junto a la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud (DDRHS) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en la realización de entrevistas a informantes claves del propio Ministerio de Salud, y de los ministerios de Educación, Hacienda y Trabajo; en la revisión de documentación referida a las nuevas directrices y propuestas formuladas por la actual Administración en materia de salud; en el análisis de la información con el equipo contraparte del MSPAS; y en la elaboración de una versión del documento de país a partir de la información recolectada y analizada.

Para la gestión y provisión de los servicios de salud, el Ministerio integra una fuerza laboral de 24,007 trabajadores, que se vinculan laboralmente a través de dos tipos de contratación: el 75% nombrado por Ley de Salarios y un 25% contratado por fondos GOES; 5,816 trabajadores constituyen el personal administrativo y 18,191 son profesionales y técnicos; los profesionales médicos suman 4,318 personas (17.97% son residentes, 33.21% Médicos Generales, 37.21% Médicos Especialistas, un 5.46% cumple funciones administrativas y el 6.13% está realizando su servicio social), lo que corresponde al 23.73% del total); 5,639 trabajadores son del área de enfermería- de los cuales el 60% son auxiliares y un 40% enfermeras graduadas que corresponden a un 31% del total general); existen 2,157 promotores de salud, que representan el 9.1% del total de recursos humanos y el resto está constituido por profesionales y técnicos en química y farmacia, fisioterapia, nutrición, anestesia y laboratorio clínico, entre otros.

Con el propósito de fortalecer la respuesta del MSPAS, el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) asigna recursos humanos a 91 unidades de salud y a 3 centros de atención de emergencias (extensión de horarios nocturnos, fines de semana y días festivos, con la estrategia de extensión de cobertura se han contratado hasta junio de éste año ONGs para intervenir en zonas desprotegidas). En un primer análisis de la necesidad de recursos humanos para la implementación del primer nivel de atención y conformando 1,533 equipos de salud comunitaria con enfoque de salud familiar, se requieren en los catorce departamentos un total de 9,304 trabajadores (médicos, personal de enfermería y promotores de salud), actualmente se cuenta solo un 57%, estando contratar un 43%.

Según datos preliminares de las cuentas nacionales en salud, el gasto en recursos humanos para el ejercicio fiscal 2009 fue de 253 millones de \$US que representa el 57% del gasto total del MSPAS.

Para la gestión de los recursos humanos en salud a nivel sectorial no existió en el pasado un interés político específico, a pesar de ello la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud, que fue constituida por Decreto Ejecutivo número 51 de fecha 24 de junio del año 2003, realizó un esfuerzo interinstitucional para la elaboración de una "Propuesta Política de Desarrollo de Recursos Humanos", la que fue luego desactivada.

Existe una desigual relación entre oferta y demanda de recursos humanos en salud, por un lado la oferta de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud no está regulada. De las instituciones formadoras (públicas y privadas) egresan cada año un número creciente de profesionales sin que se registre la apertura de nuevos puestos por parte de las instituciones empleadoras, lo que genera desempleo, migración y precariedad del trabajo.

2. MARCO DE POLÍTICA PARA LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El 1° de junio de 2009 asumió la presidencia en El Salvador el gobierno del Sr. Mauricio Funes, candidato presidencial del Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN). Dentro de su propuesta de gobierno estaba el compromiso político de construir un Sistema Nacional de Salud orientado a mejorar la situación de salud de todos los salvadoreños, como respuesta al deterioro y desmantelamiento que se había registrado en el sistema público de salud. Al mismo tiempo que se registraba una creciente participación del sector privado lucrativo, lo cual dejaba al margen del acceso a la atención a la salud a importantes grupos de población, especialmente niños y mujeres pobres. Por otra parte, en las últimas décadas se intensificaron los crónicos problemas de segmentación, fragmentación, desfinanciamiento y concentración en acciones curativas, en detrimento de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mediante la participación social.

Partiendo de la afirmación de la salud como un derecho humano fundamental, el nuevo gobierno ha adoptado lineamientos que permitirán al país avanzar hacia un sistema único de salud, con cobertura y acceso universal mediante un modelo de atención de salud basado en la estrategia de Atención Primaria a la Salud.

La visión sobre el sistema de salud se expresa en el Programa de Gobierno del Presidente (2009), así como en las estrategias contempladas en el documento de política “Construyendo la Esperanza” (Rodríguez, 2009), dicha visión coloca a la equidad y la universalización de la cobertura a la salud como centro de la política de salud, junto con el fortalecimiento de la intersectorialidad y la participación ciudadana en la gestión y operación del sistema.

La construcción de este sistema de salud es una tarea difícil, ya que a las dificultades propias e históricas de un país pobre, se le agregan las derivadas de un prolongado conflicto interno, donde las instituciones de la democracia deben aún alcanzar su plena vigencia. En la presente coyuntura, cada área de la gestión pública puede ser un instrumento para la concertación o bien un espacio adicional de fricción. El MSPAS tiene como política fortalecer y crear espacios de diálogo y concertación; frente a este desafío, el Ministerio asume la reforma con una perspectiva integral que comprende los aspectos estructurales (organización y funcionamiento), culturales (respeto a los derechos ciudadanos, protección a los trabajadores de la salud), normativos (regímenes de contratación).

2.1 La visión del sistema de Salud para el quinquenio 2010-2014

El MSPAS se propone para los próximos cinco años alcanzar una mejora sustancial de la salud de la población salvadoreña mediante el desarrollo de un sistema de salud con acceso universal e integral (por niveles de prevención) e integrado (por niveles de atención articulados en redes), complementado con acciones intersectoriales que incidan sobre los determinantes sociales de la salud.

Además, se habrá logrado una reforma del modelo de gestión, con una fuerza de trabajo comprometida, formada y capacitada, producto de una política interinstitucional de desarrollo de recursos humanos e innovación tecnológica. Adicionalmente, se habrá fortalecido el rol de rectoría del MSPAS, imprescindible para garantizar la salud de la población como un derecho humano, mediante una articulación interinstitucional e intersectorial, una inte-

gración funcional de la Seguridad Social, y una efectiva regulación del sector privado, acciones que apuntan al desarrollo de un sistema de salud más equitativo y eficiente.

Para avanzar en este proceso de transformación del sistema de salud y del modelo de atención, el MSPAS se plantea para el 2014, haber fortalecido el marco de acción del Sistema Nacional de Salud, creado por la Asamblea Legislativa mediante la Ley No. 442 de noviembre de 2007.

2.2 Ejes de políticas para la transformación del sistema de salud

El objetivo general de la nueva política de salud 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” (Rodríguez, 2009: 13).

Para avanzar en el cumplimiento de este objetivo general, se proponen seis ejes de transformación que contienen a su vez 25 estrategias:

1. Estructura, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. A alcanzarse mediante la atención primaria de salud integral, el fortalecimiento de la rectoría del MSPAS, la regulación del sistema nacional de salud y el desarrollo de la participación social y comunitaria.
2. Atención a la salud y la enfermedad. Construyendo una red de servicios de salud, que pasa por fortalecer las instituciones hospitalarias, a la seguridad social, a la salud laboral, a la salud sexual y reproductiva, a la atención a las personas con discapacidad y a la reducción del impacto de emergencias y desastres.
3. Desarrollo de recursos humanos en el sistema nacional de salud. Privilegiando la coordinación con el sector formador y el fortalecimiento de la figura del promotor y la promotora de salud.
4. Política de medicamentos. Asegurando la garantía de disponibilidad, calidad y uso racional de medicamentos.
5. Agua y saneamiento. Priorizando la aplicación de una política de agua potable y saneamiento básico.
6. Administración y financiamiento. Lo que comprende el uso eficiente del gasto sanitario, el fortalecimiento de los mecanismos y fuentes de financiamiento y el desarrollo de instrumentos de supervisión, control y seguimiento como una forma de garantizar el cumplimiento de los objetivos, metas y actividades incluidos en el Plan Nacional de Salud.

2.3 Enfoque y estrategia de organización de los servicios de salud

En el marco de la política de salud la estrategia 8 contempla que el “sistema nacional de salud proveerá a toda la población, mediante la red pública de servicio un conjunto de prestaciones cuyo número y calidad tenderá progresivamente a la integralidad”. En ese sentido el MSPAS viene trabajando en el diseño de una propuesta de Red Pública Integral de Salud (febrero 2010)², orientada a garantizar el acceso universal y con un enfoque

² Esta propuesta de Red Pública Integral de Salud está aún en proceso de definición.

integral e integrado a servicios de salud por parte de la población. La propuesta comprende la categorización de los servicios de salud en siete tipos, agrupados en cuatro niveles de complejidad creciente. El **primer nivel de atención** tiene el cometido de actuar como puerta de entrada al sistema y estará integrado por promotores de salud y unidades comunitarias de salud familiar. El **segundo nivel de atención** estará conformado por los hospitales actualmente denominados periféricos o departamentales que se denominarán Hospital Básico (clínicas básicas) y Hospital General (clínicas básicas y especialidades). Las actuales áreas de atención ambulatoria general de los hospitales periféricos y departamentales, se transformarán en Unidades de Salud, con un esquema de coordinación y equipos de salud propios y población a cargo. El **tercer nivel de atención** serán los hospitales de especialidades, mientras que el **cuarto nivel** estará conformado por hospitales de subespecialidades.

Como indica la propuesta de redes de servicios de salud del estudio MSPAS (febrero 2010: 10), uno de los aspectos operativos indispensables para las redes de salud, será el de definir la población y territorio de responsabilidad de los distintos niveles que la componen, con amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, para de esta manera poder determinar las características de la oferta de servicios.

De acuerdo a la Dirección de Planificación, en concordancia con las estrategias de política del MSPAS se está desarrollando un sistema que incluye acciones de planificación, monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de salud. Este sistema de planificación parte de un diagnóstico local de necesidades de salud por parte de las unidades de salud, a partir del cual se hace la asignación presupuestaria correspondiente. El plan que surge de ese proceso es monitoreado y evaluado periódicamente en su ejecución presupuestaria y en la calidad de los servicios prestados, dentro de lo cual el papel del recurso humano es central.

2.4 Desafíos de la nueva política nacional de salud

Dado los compromisos establecidos en el marco de la reforma social del gobierno de El Salvador, se contempla la Reforma Integral del Sistema de Salud que conduzca a un Sistema Público Único, eficiente, sostenible, de alta calidad y con cobertura universal, donde se privilegiará el sistema público de salud, al tiempo que normará, regulará y supervisará al sector privado en todas sus modalidades. Basará su accionar en la estrategia de atención primaria de la salud integral, enfatizando sus pilares básicos de intersectorialidad, participación y búsqueda de la equidad que garantice la cobertura en los sitios más vulnerables, distantes e inaccesibles, de manera que toda la población vea garantizado su derecho a la salud.

Se darán pasos hacia la integración gradual de todas las redes de servicios del sector público, para erradicar la segmentación y fragmentación actual y en ese sentido se propone el fortalecimiento de los recursos humanos para la salud, lo que requiere de una planificación conjunta entre instancias formadoras y empleadoras de recursos humanos en salud, que defina el perfil de desempeño, el comportamiento ético y las necesidades actuales y futuras del sistema reformado con un enfoque de atención primaria de salud.

Por otra parte este desarrollo también debe dar respuesta a los problemas críticos ya identificados de los recursos humanos de los sistemas de salud de América Latina entre los cuales se incluye a El Salvador, y de conformidad a la consulta realizada por OPS en

el 2005, en la que se caracterizan los retos fundamentales a los que se enfrentan los países de la Región en el ámbito de los recursos humanos.

Los cinco retos fundamentales identificados se convirtieron en la plataforma común del Llamado a la Acción para una Década de Recursos Humanos de la Salud durante la Séptima Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, celebrada en Toronto en octubre de 2005 y que son coherentes con lo planteado en el documento de política del MSPAS (MSPAS, octubre 2009: 37 y 38):

- a) Definición de las políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en el sistema de la ubicación de las personas adecuadas en los lugares adecuados para lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población.
- b) Desarrollo de ambientes de trabajo que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.
- c) Promover la estabilidad laboral de todos los trabajadores de la salud.
- d) Generar ambientes de trabajo que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.
- e) Coordinación con el sector educativo y profesional, la formación, acreditación y homologación de los recursos humanos de pre y postgrado en salud de acuerdo a la política y el plan nacional de salud.

Aprovechando el Llamado a la Acción, muchos países iniciaron o intensificaron el proceso de formulación de planes de acción nacionales y subregionales con una perspectiva a 10 años, en los que se enfatiza la necesidad del desarrollo de los recursos humanos en todos sus ámbitos, replanteando el abordaje de los mismos y estableciendo compromisos al interior de cada uno de los países.

Los retos y desafíos a los que se enfrenta la política de salud son muchos, entre los cuales pueden mencionarse:

- a) Poner término a la existencia de un sistema de salud debilitado, segmentado, fragmentado, excluyente, inadecuadamente financiado y con énfasis en acciones curativo-asistenciales, y lograr avanzar en la construcción de un sistema nacional de salud público, fortalecido, integrado en una red de servicios, basada en la atención primaria de salud integral con cobertura universal.
- b) Regular de manera efectiva al sector privado con fines de lucro, para poner término al proceso de mercantilización de la salud que venía produciéndose a nivel de todo el sistema de salud.
- c) Garantizar la continuidad en el tiempo de las transformaciones del sistema de salud propuestas, mediante su conversión en una política de Estado, que vaya más allá de una administración en particular.
- d) Desarrollar, mediante acciones de formación y capacitación, un recurso humano con una nueva visión y competencias para jugar el papel que le corresponde en este proceso de construcción de un nuevo sistema nacional de salud.

Para superar estos desafíos, será necesario desarrollar una estrategia de participación y concertación nacional en torno al desarrollo de la nueva propuesta de política nacional de salud, en la línea de concertación, cabe mencionar la iniciativa de la Comisión Interinstitu-

cional de Salud (CISALUD) antes limitada a la Prevención de la Influenza Aviar (CONA-PREVIAR), la cual ha sido reorientada en sus funciones y en su composición. Desde otros actores, tales como los Ministerios de Hacienda y Educación, se señala que “esta experiencia es un espacio de debate técnico y político en el área de determinantes de la salud que podría contribuir al debate de una política interinstitucional de desarrollo de recursos humanos” (entrevistas en los Ministerios).

3. MARCO DE POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS

Este apartado tiene por objetivo reseñar las orientaciones estratégicas y el marco de políticas de recursos humanos para el fortalecimiento del Sistema de Salud, basado en la Atención Primaria en Salud (APS).

Siendo que la visión del Ministerio es reorientar el sistema nacional de salud con base a la estrategia de atención primaria de salud integral, en el documento Construyendo la Esperanza, Estrategias y Recomendaciones en Salud 2009-2014, las autoridades del MSPAS retoman la posición en salud expresada por el Presidente Funes, de conformar una gran alianza nacional alrededor del tema de salud, capaz de propiciar un cambio seguro que beneficie a toda la población a fin de que reciba servicios de salud integrales de calidad y universales, en tal sentido proponen para ello cuatro grandes estrategias en materia de desarrollo de los recursos humanos:

- a) Estrategia 11: Salud laboral, está dirigida al diseño de un programa para la mejora de la salud laboral de la población trabajadora.
- b) Estrategia 18: Desarrollo de Recursos Humanos, la que principalmente esta dirigida al diseño e implementación de la política en este ámbito.
- c) Estrategia 19: Coordinación con el sector formador, está orientada a crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicio de salud a fin de adaptar la educación de los profesionales de salud para la prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.
- d) Estrategia 20: trabajadores comunitarios de salud, se pretende potenciar las figuras del promotor y la promotora de salud, como elementos básicos del sistema nacional de salud en el primer nivel de atención, con base en la APS.

La implementación progresiva de estas cuatro estrategias permitirá disponer de una fuerza laboral fortalecida, desarrollada, empoderada con su puesto de trabajo y con la visión, objetivos, metas institucionales. Para lograr el desarrollo de las estrategias recientemente se ha creado la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, responsable de la conducción estratégica para el desarrollo de los recursos humanos en salud, la cual está constituida por dos unidades: Unidad de Gestión del Trabajo y Unidad de Formación y Capacitación de los Recursos Humanos, siendo uno de los retos principales el diseño y ejecución de la Política concertada de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.

Contando con esta instancia de rectoría y coordinación, el MSPAS podrá contribuir con la formación de un liderazgo en RRHH en el ámbito sectorial.

3.1 Principales problemas prioritarios de recursos humanos identificados en la Organización para el Marco de las Políticas de Recursos Humanos en Salud

Uno de los grandes retos de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, es el abordaje de los problemas prioritarios de Recursos Humanos identificados en la organización que se detallan a continuación:

- a) Carencia de una Política de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud (dos intentos se han realizado uno en 2006 y otro en mayo 2009).

- b) Desempleo y subempleo, generado por el excesivo número de graduados en algunas profesiones, imposibilidad financiera del Sector Salud para contratar personal, producto de las restricciones económicas que padece y existencia de inequidades importantes en la distribución de personal en los servicios.
- c) Paradójico déficit de recursos humanos³ (43 % para el primer nivel de atención, 2010), e inequitativa distribución geográfica, poblacional e institucional de los recursos existentes.
- d) Superposición de criterios diversos, no homologables, para la estimación de las necesidades de personal de salud en los diferentes servicios (Estudio sobre dotación de RRHH /USAID, sep 2009).
- e) A pesar de que el 75% de los recursos humanos del MSPAS, tienen vinculación laboral por Ley de Salarios y un 25% por Contratos GOES, el Ministerio de Trabajo considera que existe un problema de inestabilidad laboral producto de esta última forma de contratación aún cuando ambos gozan de los mismos derechos de ley (acceso a escalafón, provisión de telas para uniformes y en algunas oportunidades, alimentación).
- f) Disparidad de condiciones laborales entre la seguridad social (ISSS) y el MSPAS; dado que la brecha entre las prestaciones sociales e incentivos económicos y no económicos son marcadas para un amplio sector de la fuerza laboral, especialmente en los trabajadores del MSPAS.
- g) Trabajadores, que no cuentan con las competencias requeridas para implementar el modelo de atención integral en salud basado en la estrategia de atención primaria ya que la formación y los programas de educación permanente en salud, han tenido clínico, por lo se requiere de grandes esfuerzos para adecuar la fuerza laboral a las necesidades institucionales.
- h) Débiles o deficientes mecanismos de coordinación/cooperación entre las instituciones de salud y los centros de formación de recursos humanos en salud.
- i) Ausencia de una carrera sanitaria.
- j) Carencia de un sistema de planificación de recursos humanos que permita la distribución equitativa y adecuada de los recursos humanos en los establecimientos, basada en descripciones y perfiles de puestos según el modelo de atención primaria en salud integral, para dar respuesta a las necesidades de salud de la población.
- k) Carencia de un sistema de información de recursos humanos que permita la toma de decisiones oportuna para la solución de problemas y generar acciones de personal orientadas al desarrollo y a la calidad de atención.

Esta visión, así como las estrategias y acciones propuestas son las acciones que acompañan en el plano del desarrollo de los recursos humanos, a las políticas y planes propuestos por el MSPAS para la transformación del sistema nacional de salud. En ese sentido, existe total articulación y coherencia entre uno y otro ámbito, tal y como se expone en la siguiente tabla. Cada uno se va desarrollando pero manteniendo la correspondiente comunicación-coordinación con el otro.

³ Según el informe: Datos básicos de El Salvador 2000-2008, OPS (2009), San Salvador.

3.2 Ejes de Trabajo de la Nueva Política Nacional de Salud y de Recursos Humanos

POLITICA NACIONAL DE SALUD	POLITICA DE DESARROLLO RECURSOS HUMANOS EN SALUD
1. Construcción estratégica del cambio institucional.	1. Gestión del cambio de los RRHH, a partir de la nueva política de salud.
2. Información para la definición de las políticas de Salud.	2. Información para la definición de políticas de RRHH.
3. Definición de ejes de transformación del Sistema Nacional de Salud.	3. Definición de ejes de transformación de los RRHH de salud.
4. Definición del modelo de atención y financiamiento del nuevo Sistema.	4. Definición del nuevo enfoque y competencias del RRHH para su desarrollo dentro del nuevo modelo de atención.
5. Desarrollo de las gerencias regionales de servicios de salud.	5. Desprecarización de la carrera sanitaria.
6. Gestión de políticas de investigación en Salud Pública.	6. Definición de escalafón de puestos y salarios.
7. Establecimiento de los mecanismos de coordinación, sectorial e intersectorial, de la política de salud.	7. Registro y control de profesiones (validación de títulos profesionales).
8. Diseño e implementación del nuevo sistema de planificación, monitoreo y evaluación de la política de salud.	8. Definición de sistemas de evaluación de desempeño del RRHH y sistema de incentivos.
9. Regulación con entidades privadas de salud (prestadores de servicios, proveedores de medicamentos).	9. Plan de fortalecimiento de la formación de los RRHH en el nuevo enfoque de la salud.
	10. Articulación de la formación/regulación del RRHH con instituciones académicas.

NOTA: Elaboración propia, con base en información proporcionada por la DDRHS/MSPAS.

Para solucionar los problemas la DDRHS ha elaborado una propuesta para las estrategias 11,18,19 y 20 las que serán operativizadas a través de un plan de trabajo.

3.3 El MSPAS establece con sentido estratégico, cuatro áreas de desarrollo de recursos humanos o líneas de trabajo priorizadas

Siendo la primera área: El Desarrollo de la capacidad de Gestión y de la Política de Recursos Humanos, referida a la formación del equipo de conducción, mediante la formación de líderes y formulación de una política, basada en análisis y luego en la concertación con los principales actores.

La segunda área de trabajo está referida a la Planificación y Regulación de los RHS, y comprende la búsqueda de información para la gestión estratégica de los RHS, asegurando el seguimiento de las políticas y la identificación de problemas críticos.

La tercera área de trabajo cubre la gestión del cambio en materia de RHS, las acciones destinadas a mejorar las condiciones de trabajo y la salud laboral de los trabajadores de la salud, el mejoramiento de la capacidad de desempeño de los agentes comunitarios en salud y la dotación de personal de enfermería.

La cuarta área es la gestión de la educación, formación y capacitación de personal de salud, la regulación de la formación y apoyo al desarrollo de programas de formación y capacitación, articulación del MSPAS con las instituciones formadoras del personal en salud; se contempla la creación de la Escuela de formación de cuadros estratégicos de recursos humanos en salud que estará vinculada al Instituto Nacional de Salud.

Para cada una de las líneas de trabajo: se han identificado los resultados a obtener, se han caracterizado los procesos a desarrollar, las actividades que se habrán de realizar, el periodo de ejecución, los requerimientos del proceso y la cooperación técnica necesaria, para lo cual se cuenta con un plan de trabajo estratégico y plan de trabajo operativo, que contempla las acciones que dan respuesta a las estrategias 11,18,19 y 20, del Documento Construyendo la Esperanza. Estrategias y Recomendaciones en Salud 2009-2014.

Para dar cuenta del cumplimiento del desarrollo de esta política, se ha elaborado una matriz de planificación con actividades de corto, mediano y largo plazo, que incluye un detalle de resultados, actividades, período de ejecución y requerimientos técnicos⁴. Seguidamente, se enumeran los principales resultados esperados de este ejercicio de planificación:

	Corto Plazo	Mediano Plazo	Largo Plazo
a) Formación del equipo de conducción del proceso			
b) Construcción, aprobación e implementación de la Política Nacional de Salud por parte de las autoridades y concertación con los principales actores			
c) Información para la gestión estratégica del desarrollo de los RRHH			
d) Planificación de RRHH			
e) Políticas de mejora de las condiciones laborales y en especial de la salud laboral del personal de salud			
f) Gestión del trabajo en apoyo al cambio en salud			
g) Mejora de la capacidad de desempeño de los agentes comunitarios			
h) Incrementar el personal profesional de enfermería y médicos especialistas			
i) Fortalecimiento de la Dirección de RRHH en Salud, aumentando el compromiso con el cambio y su capacidad gerencial			
j) Establecimiento de un programa de capacitación de médicos generales para desempeñarse en el nivel primario de atención			
k) Incorporación a la fuerza de trabajo de profesionales de salud formados en el exterior			
l) Contratación y capacitación de los RH que se ha incorporado al sistema mediante fondos GOES para extensión de cobertura			
m) Fortalecer la Formación de Médicos Especialistas			

⁴ La matriz no incluye un sistema de indicadores, aunque si permite ejercer una labor de monitoreo del cumplimiento de las actividades y los resultados en el tiempo (ver MSPAS, s.f., Propuesta de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud).

4. PROCESO DE COORDINACIÓN SECTORIAL Y CON OTROS SECTORES CLAVES DE GOBIERNO

4.1 La propuesta de la intersectorialidad: Comisión Intersectorial para la implementación de la Política de Salud: CISALUD

Al inicio de la gestión de la Dra. Rodríguez, estaba en funcionamiento la Comisión Interministerial (CONAPREVIAR) dedicada a coordinar las acciones destinadas a enfrentar la amenaza de la gripe aviar. Dicha Comisión contaba con un mandato presidencial y su cometido ya había sido cumplido. Utilizando esa labor como antecedente, el Ministerio decidió ampliar tanto la convocatoria a nuevos participantes como extender la agenda de temas a considerar. Esa decisión estaba basada en la necesidad de promover la intersectorialidad a la par de ganar consenso en un ambiente político sumamente polarizado, donde la gobernabilidad estaba cuestionada de forma constante.

El procedimiento se materializó a través de los siguientes pasos: mantener al MSPAS como convocante, pasar de una decena de organismos participantes a más de treinta, y fortalecer la conducción mediante la presencia y permanente compromiso de la Ministra. CONAPREVIAR pasó a ser “CISALUD”, donde el nuevo acrónimo alude a Comisión Intersectorial de Salud. El cambio resultó suficientemente elocuente. El nivel de representación de los Ministerios de Trabajo, Educación, Hacienda, y de diversas dependencias públicas, fue desde el inicio Ministerial, dado que la propia Ministra presidía las dos sesiones mensuales, también fueron los propios Ministros de las carteras invitadas los que participaban de dichas reuniones, nivel que se denominó como **Comisión Política**.

Las decisiones operativas y el seguimiento quedaron a cargo de la **Comisión Técnica**, conducida por el Viceministro de Salud y a la cual asisten los representantes de los demás organismos a través de su punto focal. Esta instancia mantiene una periodicidad semanal de reuniones.

Es importante mencionar que este espacio de diálogo, concertación y negociación además de permitir un estructura intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, se puede convertir en un espacio para negociar las políticas de los recursos humanos en salud y por lo tanto esta experiencia podría en determinado momento ser una comisión consultiva del Consejo Nacional de Salud.

La dinámica de trabajo y su orientación estratégica es compartida por las instituciones participantes, siendo asimilable a las interacciones que sistematiza el Health Action Framework. CISALUD cumple con el ciclo de análisis de situación, planificación, implementación, monitoreo y evaluación. Avanzando desde las condiciones críticas con las que se inició la gestión de gobierno a una progresiva generación de alianzas, reconocimiento de liderazgo, selección y compromiso con las políticas adoptadas y la signación de recursos financieros necesarios.

Hay algunos ejemplos que expresan cómo se ha ido construyendo este proceso de concertación, como “mesa ampliada de negociación”. El control de la epidemia de dengue y del virus pandémico H1N1, junto con la respuesta al huracán Ida, son hitos decisivos a través de los cuales cada uno de los otros socios han ido ganando confianza en la gestión del Ministerio de Salud.

Más que resultados bilaterales, con los Ministerios de Trabajo, Hacienda y Educación, CISALUD da cuenta de un compromiso colectivo interinstitucional e intersectorial que establece las condiciones para alcanzar logros específicos de gran trascendencia.

Ejemplo de buenas prácticas entre MSPAS y Ministerio de Educación

H1N1: una oportunidad para la concertación

El MSPAS impulsó a través de CISALUD una acción concertada con todos los organismos miembros, que tuvo especial relevancia en el ámbito educativo. Con el objeto de alcanzar una presencia en todo el territorio nacional, se decidió convocar además de todo el personal del sector Salud a toda la comunidad educativa (docentes, alumnos, familiares) convirtiéndola en parte de la fuerza de trabajo en salud. A tal fin se identificaron 4 filtros para intervenir en relación al H1N1: la casa, el transporte escolar, el ingreso a la escuela y en el interior de la escuela. En cada uno de esos ámbitos se señalaron responsables y se estableció un sistema de Evaluación y Monitoreo que aseguró un seguimiento permanente de las intervenciones preventivas.

4.2 Participación social: Foro Social de la Salud

La Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza”, tiene como una de sus estrategias la participación social y comunitaria (Estrategia 4), la cual es coincidente con el Programa de Gobierno 2009-2014 en las secciones de Reforma Política y Política de Participación Ciudadana. Igualmente, en el Programa de Gobierno, se identifican varios lineamientos que están relacionados con el fortalecimiento de la participación ciudadana y su protagonismo en la toma de decisiones.

Acorde con los compromisos de los primeros cien días de gobierno, a través de un decreto Ministerial se crea el Foro Nacional de Salud, cuya misión es “*contribuir a la generación de consensos para la toma de decisiones estratégicas que permitan transformar el sistema de salud hacia la universalidad, la equidad, la calidad e inclusión y un abordaje intersectorial basado en los determinantes sociales...*” (Proyecto Foro Ciudadano, abril 2010: 3 y 4). El Foro no es un espacio intersectorial del Estado, sino que es un espacio abierto de la sociedad civil organizada, para la auditoría social.

Adicionalmente, este Foro se propone desarrollar un mecanismo de Contraloría Ciudadana, cuyo objetivo pretende que “*...los liderazgos locales ejerzan una vigilancia constante sobre los servicios de salud, con el fin de garantizar que los derechos de la ciudadanía a una atención oportuna y de calidad sea efectiva*”.

Para cada una de los ejes de trabajo existe un cronograma de actividades con sus respectivos responsables y tiempos. Por ejemplo, en los meses de abril y mayo se estarán desarrollando cinco foros regionales y un foro nacional de encuentro de síntesis y formulación de propuestas. Las mesas temáticas, en esta primera fase culminarán su trabajo con la realización de una Primera Conferencia Nacional de Salud.

Como parte de las estrategias de comunicación, este Foro contempla la publicación de un Boletín cuyo objetivo es mantener informada a la población de las actividades que se realizan en el marco de este espacio.

En síntesis, CISALUD (espacio de coordinación intersectorial) y Foro Ciudadano (espacio de participación de la sociedad civil), son los dos grandes ámbitos desde los cuales se impulsa la transformación del Sistema de Salud de El Salvador y en ellos la posibilidad de la construcción de los planes de recursos humanos en salud con compromiso interinstitucional.

5. DESARROLLO DE LOS PLANES DE RECURSOS HUMANOS Y COORDINACIÓN CON SECTORES CLAVES DE GOBIERNO

En este momento (principios de abril 2010), la formulación del Plan Nacional de Recursos Humanos se encuentra en su etapa inicial de elaboración, labor que está a cargo de la DDRHS/MSPAS, seguidamente, se enumeran algunos de las principales actividades propuestas para la elaboración del Plan⁵.

La base de información para la formulación del plan no es suficiente, por ello, justamente una de actividades planificadas es la contratación de algunos expertos, con el apoyo de la OPS, para contar con la información de base requerida. En esa misma línea es que se ha pensado en la creación de la instancia encargada de generación de información. No existe a la fecha, una propuesta de mapa de ruta para adopción dentro del MSPAS y del aparato de gobierno del Plan, ni tampoco una estrategia de comunicación, en buena medida, porque el Plan todavía no está finalizado, es importante mencionar la claridad explícita de las bases del plan en las cuatro estrategias dirigidas a los RHS en el documento de política del Ministerio.

5.1 Relación con sectores: Hacienda, Educación y Trabajo

El Ministerio de Hacienda (MH, 2009) enfrenta una situación difícil, ya que debe distribuir recursos por demás escasos en una sociedad con una deuda social enorme. Siendo esta demanda relevante para un gobierno cuya bandera de mayor justicia social es uno de sus principales compromisos. No es de extrañar que el primer lineamiento estratégico del MH sea el de “*garantizar los recursos para las necesidades sociales*”, consistente en priorizar los recursos destinados a educación, salud, agua potable, saneamiento, seguridad ciudadana y combate a la pobreza.

El gobierno pretende impulsar una política de inversión pública orientada prioritariamente a las áreas sociales, al mejoramiento del clima de inversión, a la seguridad ciudadana y a inversiones que estimulen el crecimiento. Previendo financiar las nuevas inversiones a través de tres fuentes: ingresos públicos, préstamos internacionales y alianzas público-privadas que no comprometan la soberanía, garantizando el control del Estado sobre los recursos naturales y activos estratégicos, garantizando la competencia y protegiendo las condiciones de vida de la población.

En Salud y Educación, las prioridades de inversión pública para el corto plazo son: dar mantenimiento y mejorar la red de hospitales y centros de salud, en especial la construcción y equipamiento de un nuevo Hospital de Maternidad y todos aquellos hospitales y centros de salud, que cuentan con financiamiento internacional y que son necesarios para mejorar el acceso a la salud. Mientras que en Educación se pretende invertir en infraestructura educativa para acercar los centros educativos a las comunidades, mejorando y dando mantenimiento a lo existente, además de ejercer un mejor control de la formación en los diferentes niveles así como apoyar los esfuerzos por fortalecer la universidad estatal.

⁵ En el Anexo 2 del Plan, se incluyen en detalle las actividades planificadas para la elaboración del Plan Nacional de Recursos Humanos de Salud.

La vinculación con el Ministerio de Trabajo (MdeT), es aún débil, sin un mecanismo de coordinación con el MSPAS y el Ministerio de Trabajo que facilite la elaboración del Plan de Recursos Humanos. Ciertamente, se reconoce la importancia del MT como actor en la protección de los derechos de los trabajadores de la salud. En este caso, lo que se encontró es que existen competencias y mecanismos de regulación de las relaciones laborales (trabajador-patrono) distintas entre las instituciones de salud.

Como el MdeT, en algunas modalidades o regímenes de contratación de trabajadores de la salud no tiene competencia, salvo su participación como apoyo del diálogo social. Algunos regímenes carecen de medidas protectoras del trabajador, como el carácter indemnizatorio de prestaciones como trabajadores del Estado (no existe la figura de la indemnización para dar por terminada la relación laboral), existe también una desigualdad muy grande entre los regímenes de contratación de una institución y otra a pesar de que horizontalmente sean ocupaciones de la misma jerarquía. En los Ministerios al contrario de las instituciones autónomas, con la entrada en vigencia en el año 2009 de los convenios 87-98 de la OIT), es posible que los trabajadores, formen sindicatos y negocien colectivamente, incluyendo así normativa del derecho colectivo en el Servicio Civil. Antes esto no era posible.

Seguidamente se consigna el régimen laboral en que se encuentra cada institución:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Los funcionarios del MSPAS están protegidos por la Ley de Servicio Civil y la Ley de Salarios. Esta entidad regula las relaciones del Estado con sus funcionarios y empleados, para garantizar su protección y la eficiencia de la Administración Pública.

Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS). Se trata de una institución autónoma, por tanto su personal está afiliado al ISSS y cotiza al régimen general de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales que administra el mismo. Por su naturaleza, las relaciones laborales se regulan a través de lo que establece el Código de Trabajo y le aplica el régimen de derecho colectivo. De hecho, es una de las instituciones que tiene uno de los contratos colectivos más generosos del Sector. Eso explica la existencia de diferencias con otras instituciones como el MSPAS.

Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM). Este Instituto tiene por objeto la administración de las cotizaciones de los servidores públicos docentes, destinadas al financiamiento de un programa especial para brindar el servicio de asistencia médica y hospitalaria, cobertura personal permanente del Instituto, así como el personal contratado fuera del régimen de servicios profesionales o técnicos. Por su naturaleza, las relaciones laborales se regulan a través de lo que establece el Código de Trabajo en caso del personal por contratos y la Ley de Servicio Civil para el personal nombrado por Ley de Salarios.

Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas Salvadoreñas (IPSFA). Asegura la previsión y seguridad social para los elementos de las Fuerzas Armadas (toda persona que esté de alta en las Fuerzas Armadas cualesquiera sea su forma de nombramiento y la manera de percibir su salario). Las prestaciones que otorga este Instituto son las siguientes: pensiones de invalidez; pensiones por retiro; pensiones de sobrevivientes; fondo de retiro; seguro de vida solidario; y auxilio de sepelio. Por la naturaleza de las relaciones laborales, en este caso el Ministerio de Trabajo no tiene competencia.

Finalmente, algunos de los temas que son objeto de preocupación del Ministerio de Trabajo, en relación a la situación laboral de parte de un sector del personal de salud, son: atraso en el pago de salarios; incremento de las formas de contratación a plazo fijo (por contrato o servicios profesionales), evadiéndose por esta vía el reconocimiento de algunos derechos y beneficios al trabajador; la existencia de regímenes laborales diferentes, lo cual en ocasiones plantea dificultades para que el Ministerio pueda intervenir o deja al trabajador en una condición inequitativa o de indefensión con respecto a otros trabajadores del Sector.

5.2 Principales desafíos que se enfrentan en el desarrollo del Plan Nacional de Salud y de Desarrollo de los Recursos Humanos

Debido a lo incipiente del proceso de los planes de desarrollo de la dirección de desarrollo de RH, es difícil precisar dificultades o problemas, más bien sería pertinente hablar de desafíos ante la gran tarea que se tiene enfrente. Visto de esa manera, algunos desafíos son:

- a) Desarrollar un Plan de Recursos Humanos con un enfoque de género y derechos de los usuarios del sistema, como de los trabajadores de la salud.
- b) Mejorar las condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud, en lo que se refiere a estabilidad laboral, remuneración, beneficios laborales, capacitación.
- c) Contar con el acompañamiento técnico y asesoría necesaria para la elaboración de algunos insumos del Plan, tales como análisis de la situación de los recursos humanos de salud; estructura, organización y funcionamiento de la Dirección de DRHS; capacitación al personal en el nuevo modelo de atención y gestión de los servicios de salud; y desarrollo de nuevas competencias del recurso humano, conformación de un sistema de información en RRHH de salud, por ejemplo.
- d) Lograr construir los consensos y acuerdos sectoriales e intersectoriales necesarios que ayuden tanto a la formulación del Plan como a su ejecución.
- e) Realizar una adecuada distribución de los RHS acordes a la reorganización de las redes de servicios de salud
- f) Desarrollo de competencias de los niveles estratégicos para responder al enfoque del trabajo en salud
- g) Aumentar los indicadores de dotación de RH para disminuir las brechas.
- h) Construir espacios de consenso entre los actores sociales que involucra las instituciones del sector y los colegios y asociaciones profesionales así como los sindicatos.

6. RECOMENDACIONES

En este apartado se exponen algunos comentarios e ideas que surgieron en las conversaciones con el personal del MSPAS, así como algunas recomendaciones para mejorar la calidad y viabilidad de los planes de recursos humanos.

- a) Promover la transversalización del enfoque de género, derechos humanos y ciudadanía en cada una de las estrategias propuestas en la Política de Salud y en la Política de Recursos Humanos, con el fin de contribuir al empoderamiento y un mayor protagonismo ciudadano en este campo, siguiendo los lineamientos estratégicos de la Política de Participación Ciudadana del Programa de Gobierno 2009-2014.
- b) Promover el desarrollo de nuevas competencias del RRHH de salud, con el fin de que éstas se adecuen a los requerimientos del nuevo modelo de atención de salud. Este esfuerzo pasa por cambiar la cultura del personal y de los usuarios en cuanto a la visión del proceso de salud-enfermedad.
- c) Fortalecer la DDRHS con personal y equipo y el desarrollo de nuevas competencias, con el fin de que esté en capacidad asumir con éxito los retos que se le plantean en el área del desarrollo de los recursos humanos de salud.

BIBLIOGRAFIA

Ministerio de Hacienda de El Salvador (2009). Plan Quinquenal 2009-14, Julio, San Salvador.

MSPAS (julio 2009). Marco conceptual y metodológico para el diseño e implementación de la política de recursos humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador

MSPAS (octubre 2009). Construyendo la Esperanza. Estrategias y recomendaciones en salud 2009-2014, María Isabel Rodríguez, San Salvador.

MSPAS (febrero 2010). Red Pública Integral de Salud: Situación actual y propuesta preliminar de organización(Documento de Trabajo), San Salvador.

MSPAS (enero 2010). Lineamientos para la formulación del Plan Anual Operativo 2010 del Nivel Central, Gerencia de Operaciones, San Salvador.

MSPAS (s.f.). Propuesta de desarrollo de recursos humanos en salud, DDRHS, San Salvador.

MPSAS/OPS (enero 2010). Plan de trabajo 2010. Desarrollo de Recursos Humanos de Salud, San Salvador.

OPS (2009). Datos básicos de El Salvador 2000-2008, San Salvador.

ABREVIACIONES USADAS EN EL TEXTO:

DDRHS	Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RRHH	Recursos Humanos