

PN-ABT-511
92101



análisis del sector
de la salud

INFORME FINAL

*Editado y producido por el proyecto "Análisis del Sector Salud",
bajo el auspicio de la Agencia de los Estados Unidos para el
Desarrollo Internacional USAID, Organización Panamericana de la
Salud/Organización Mundial para la Salud OPS/OMS, el Banco Mundial BM
y el Banco Interamericano de Desarrollo BID.*

Mayo, 1994

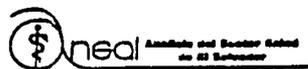
Esperanza Martínez

*RECURSOS HUMANOS
EN SALUD*

El Salvador

Análisis del Sector Salud

Mayo, 1994



Las opiniones expresadas en este informe son personales del (los) autor (es) y no expresan las opiniones de las agencias patrocinadoras (AID, BM, OPS/OMS, BID). La mención de marcas comerciales no implica endoso personal o de las agencias que han financiado este proyecto.

Mayo, 1994

B

INDICE

SIGLAS O ACRONIMOS	i
INTRODUCCION	iii
RESUMEN EJECUTIVO	ix

Capítulo I *Planificación de los recursos humanos del Sector Salud* 1

- 1 El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/1
 - 1.1 Disposiciones del Código Sanitario/1
 - 1.2 Disposiciones del Plan Nacional de Salud 1991 -1994/2
 - 1.3 Estructura por organizativa del MSPAS y recursos humanos/3
 - 1.4 Análisis del rol del MSPAS en la planificación sectorial de los recursos humanos/4
 - 1.5 Recomendaciones al MSPAS en planificación de recursos humanos/5
 - 1.6 Recomendaciones sobre políticas sectoriales de recursos humanos/6
 - 1.7 Resumen de puntos críticos y recomendaciones en la planificación de los recursos del Sector/9
 - 2 El Instituto Salvadoreño de la Seguridad Social /11
-

Capítulo II *Análisis de algunos aspectos de la formación de recursos humanos del Sector Salud* 13

- 1 La formación de los recursos humanos y su relación con las necesidades del país/13
 - 1.1 Principales instituciones formadoras y utilizadoras de recursos/13
 - 1.2 Evolución de la formación de recursos de los últimos quince años/13

- 1.3 **Formación de recursos humanos críticos para el Sector/14**
 - 1.4 **La formación de enfermería/16**
 - 1.4.1 **Recomendaciones sobre la formación de enfermeras/18**
 - 1.5 **La formación de tecnólogos médicos/18**
 - 1.5.1 **Las diferentes carreras de la Escuela de Tecnología Médica/19**
 - 1.5.2 **Propuestas sobre la formación tecnológica/23**
 - 1.6 **La educación superior universitaria/24**
 - 1.6.1 **Distribución de la matrícula y número de egresados en el Sector Público y Privado/25**
 - 1.6.2 **Propuestas sobre la educación superior universitaria/27**
-

Capítulo III *El mercado de trabajo en Salud*

29

- 1 **Disponibilidad y distribución de los recursos humanos críticos del Sector Salud/29**
 - 1.1 **Distribución de recursos humanos por sectores/29**
 - 1.1.1 **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/30**
 - 1.1.2 **Otras instituciones/37**
 - 1.2 **Discusión y propuestas/43**

Capítulo IV *Administración de los recursos humanos en el Sector Público*

45

- 1 Principales categorías de recursos humanos/45
 - 2 El sistema de empleo/48
 - 2.1 Las categorías de empleos/48
 - 2.2 Contratación de médicos a tiempo parcial/50
 - 2.3 Normativas para el proceso de gestión/52
 - 2.3.1 Normas existentes y procesos de reforma en curso/52
 - 2.3.2 Principios a considerar en la reforma del gerenciamiento del personal/54
 - 3 La productividad/54
 - 3.1 El modelo de atención y los patrones de presentación de servicios/55
 - 3.2 Algunos indicadores de la productividad/56
 - 3.3 Productividad en la atención hospitalaria/61
 - 3.4 Discusiones y propuestas/62
-

Capítulo V *Registro y control de las profesiones de salud*

63

- 1 El Consejo Superior de Salud Pública y las Juntas de Vigilancia/63
- 2 Discusión y Propuestas/ 65

ANEXOS

67

- I Estructura organizacional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/69**
 - I-A Estructura organizacional de las estructuras regionales/70**
 - II Distribución de médicos según especialidades/71**
 - II-A Distribución de médicos según especialidades/72**
 - II-B Distribución de médicos según especialidades/73**
 - III Proceso de revisión de los informes preliminares/74**
-

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

84

F

SIGLAS O ACRONIMOS

AMSS	Area Metropolitana de San Salvador
ANDA	Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados
ANSAL	Análisis del Sector Salud en El Salvador
ANTEL	Administración Nacional de Telecomunicaciones
APS	Atención Primaria de Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CEL	Comisión Hidroeléctrica del Río Lempa
FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar
GIDRUS	Grupo Intersectorial para el Desarrollo de los recursos humanos en Salud
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
MINED	Ministerio de Educación
MIPLAN	Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONGs	Organizaciones no Gubernamentales
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial para la Salud
SILOS	Sistemas Locales de Salud
UES	Universidad de El Salvador
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

INTRODUCCION

El proyecto *Análisis del Sector Salud en El Salvador*, ANSAL, es el trabajo de un grupo de consultores que ha estudiado y analizado la situación de salud del país y el funcionamiento de sus servicios de salud. Este esfuerzo ha sido patrocinado por cuatro organismos internacionales: la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID).

El objetivo de este proyecto es contribuir a la reflexión nacional sobre los problemas más importantes del Sector Salud de El Salvador; además, ofrecer al nuevo gobierno consideraciones que ayuden a la formulación de sus políticas. Estos objetivos han hecho necesario la elaboración de una metodología de trabajo e investigación que permita conjugar hallazgos, conclusiones y recomendaciones mediante diferentes estrategias para la recolección de la información, y de aportes y comentarios, de numerosas instituciones y personas que conocen sobre como funcionan y deberían organizarse las instituciones y los establecimientos que trabajan en el Sector Salud del país.

El análisis de los recursos humanos en Salud, contribuye con otros ocho informes técnicos¹ para la elaboración de la propuesta final que ANSAL pondrá a disposición de las autoridades del nuevo gobierno, a fin de que el mismo pueda considerarlos al formular sus políticas de salud y desarrollo social, para el próximo quinquenio.

El Salvador se encuentra en un proceso de transición hacia un nuevo orden social y económico, después de haber superado un largo período de guerra civil, donde toda la sociedad en su conjunto ha sufrido traumas y mutilaciones de un alto costo en términos de sufrimiento humano y de pérdidas económicas y sociales.

El proceso de pacificación que ha comenzado a vivir el pueblo salvadoreño, requiere prioritariamente la reconstrucción de todos los sectores, donde se destacan los problemas de salud y educación.

El Salvador, es un país geográficamente pequeño, pero densamente poblado (240 habitantes/km²), que enfrenta problemas demográficos aún muy importantes, que se relacionan a un perfil epidemiológico de pre-transición donde aún prevalecen las enfermedades infecto-contagiosas, las prevenibles por vacunación, las relacionadas a las insuficientes coberturas del embarazo, parto y puerperio y a las bajas condiciones del saneamiento básico y acceso al agua potable.

Todos los indicadores de salud, se ven fuertemente influenciados por numerosos factores sociales y económicos, vinculados sobre todo a las condiciones de pobreza de la población. Se estima que más del 50% de la población es pobre y el 25% se encuentra en condiciones de pobreza extrema. Esto se traduce en altas tasas de analfabetismo, desempleo y subempleo y en un déficit de viviendas que se estima supera el medio millón de unidades. Estos problemas se hacen muy difíciles de enfrentar, considerando que la población reside en un 50% en las áreas rurales, cuyas dificultades de accesibilidad, inequidad e insuficiente cobertura de los servicios de salud, exigirán al Sector Salud, cambios estructurales y de funcionamiento que deberán ser determinantes para la salud de la población.

¹ Situación de Salud, Situación Materno Infantil, Productos Farmacéuticos, Organización y Funcionamiento del Sistema de Salud, Financiamiento de los Servicios de Salud, Infraestructura e Inversión del Sector Salud, Demanda y Percepción de la Comunidad, Salud y Medio Ambiente.

La violencia, con el auge actual de la delincuencia, junto al conflicto armado recientemente superado, dan al país un perfil característico, que debe ser analizado especialmente en esta etapa de transición hacia el nuevo modelo social que se quiere construir. Las estrategias deben tener su base en la convivencia social, la paz, la consolidación de la democracia, la construcción de acuerdos y consensos y la aceptación de la participación de las comunidades como un derecho legítimo de toda sociedad que desea y pretende buscar caminos hacia su desarrollo integral.

El Sector Salud tiene como desafíos, mejorar la calidad de atención de salud de la población. Para ello, debe mejorar la eficiencia de sus establecimientos de salud, extendiendo la cobertura, sobre todo en las áreas rurales y aumentando la accesibilidad a la atención de salud de todos los sectores sociales. Esta tarea requiere indiscutiblemente de un análisis del área de recursos humanos, la cual, según todos los actores sociales del Sector, es una de las áreas que necesita mayor atención en una propuesta de cambios.

El análisis de los recursos humanos en salud es una tarea de alta complejidad para su abordaje y comprensión. La recolección de la información compilada en este trabajo no pretende ofrecer un análisis profundo de todos los aspectos que integran éste tema, sino destacar aquellos que son importantes cuando se plantea una revisión global que apunte a cambios estructurales.

El país ha trabajado mucho en el proceso de recopilación y análisis de información sobre los problemas más importantes en el área de recursos humanos: todas las personas entrevistadas han destacado este hecho y también han señalado la necesidad que existe ahora de comenzar a discutir sobre propuestas de soluciones y cambios y es en ese sentido que se ha estructurado el contenido de este informe.

Muchos de los problemas observados dentro de las instituciones del Sector son difíciles de demostrar dentro de un marco científico riguroso, pero el amplio consenso de los actores sobre la existencia y las causas que los originan hacen necesario su consideración. Probablemente la inclusión de los mismos den la impresión de un abordaje superficial en algunos temas planteados. No obstante, queremos correr el riesgo de su inclusión porque consideramos son elementos indispensables para la elaboración de las propuestas de cambios.

La elaboración de este documento tiene por objetivo contar con un instrumento que permita a los diferentes actores sociales del Sector Salud iniciar una discusión que posibilite la construcción de acuerdos para una reforma de las políticas y estrategias necesarias en el país para mejorar el desarrollo de los recursos humanos y, por consiguiente, mejorar la calidad de la atención de salud de la población.

Estructura y secuencia del análisis

El documento consta de cuatro capítulos que abarcan los aspectos más críticos del área de recursos humanos en salud: (1) la planificación y formación de recursos humanos; (2) algunos elementos del mercado de trabajo; (3) la administración del personal de salud del Sector Público y (4) el sistema de acreditación y control de las profesiones en salud.

Las preguntas esenciales a ser contestadas en cada uno de los capítulos se basaron en las siguientes premisas:

- ¿Existe consenso de todos los actores sociales que hay que plantear cambios estructurales al sistema de salud actual para lograr verdaderos cambios en el Sector?.
- Los cambios en las políticas de recursos humanos deben apuntar a enfocar los problemas más importantes del Sector Salud, como son la extensión de cobertura, el mejoramiento de la calidad de la atención y de la accesibilidad a los servicios.

Considerando estos puntos, en el Capítulo I de la *Planificación de Recursos Humanos* se plantean las siguientes preguntas: ¿quién es el actual responsable de la planificación de los recursos humanos?; ¿qué rol cumple hoy el Ministerio de Salud?; ¿cuál es el marco normativo que respalda el proceso de planificación?; ¿qué tipos de recursos humanos debe priorizar el país para cubrir sus necesidades?

La consideración de esta última pregunta plantea como punto crítico la necesidad de analizar el modelo "medicalizado" de vigencia predominante en el país, de alto costo e insuficiente cobertura, ante otras alternativas que privilegien un modelo que priorice la utilización de recursos humanos de nivel técnico y auxiliar, como lo son las enfermeras, tecnólogos, promotores y parteras empíricas, lo que permitiría al país enfrentar mejor sus problemas según su perfil epidemiológico actual y posibilidades reales de sustentabilidad económica y financiera.

En el Capítulo II sobre la *Formación de los Recursos Humanos*, dentro del mismo contexto de análisis, planteado en el Capítulo I, se ha dado prioridad a la formación de las carreras técnicas y auxiliares, especialmente a la carrera de enfermería, porque consideramos que en las mismas puede estar la estrategia de extensión de cobertura a un costo menor para el país en términos de tiempo y de inversión de recursos. No consideramos específicamente la calidad de la formación de los profesionales como un elemento de abordaje prioritario, aunque sabemos que es necesario, pues no existen actualmente estudios serios sobre la misma en el país y la demostración de ese aspecto no pasa por la simple revisión de las materias que constan en las curriculas.

Planteamos que uno de los puntos importantes a discutir dentro las Políticas de Formación es analizar cuál debería ser el tipo de profesional o personal de salud que debe ser formado prioritariamente para el país, y qué tipo de problemas de salud debe saber resolver.

El Capítulo III sobre el *Mercado de Trabajo*, aunque no tuvimos la información suficiente (en El Salvador no hay datos al respecto), se ha incluido para conocer la cantidad y distribución de los recursos humanos prioritarios en el Sector a fin de estimar las necesidades futuras. Se esperaba contar con información para este capítulo de los hallazgos de un estudio complementario del Sector Privado que estaba previsto realizarse en el marco de las investigaciones de ANSAI, pero debido a dificultades diversas no pudo concluirse a tiempo. Igualmente se esperaba contar con el documento final de un estudio sobre fuerza de trabajo realizado por el GIDRUS (MSPAS/UES/OPS), de igual forma, no estuvo disponible a tiempo.

En el Capítulo IV sobre la *Administración del Personal del Sector Público* se ha partido del hecho de que varios estudios y datos estadísticos ya realizados en el país, muestran la baja productividad del personal de salud y la mala calidad y calidez de la atención en los establecimientos públicos de salud. La información recopilada ha sido para plantear la discusión sobre las posibles soluciones que indiscutiblemente pasan por el actual régimen de contratación del personal de salud, los niveles salariales, los sistemas de incentivos, por la organización de los establecimientos, el modelo de atención que privilegia el trabajo médico y las atenciones curativas, por la implementación o no de sistemas como la carrera funcionara, aspectos que tienen relación directa con los proyectos de descentralización o nuevos modelos de administración y gerencia. Estas propuestas son esbozadas de manera global para permitir la discusión y el análisis, ya que se considera que su abordaje es necesario si se quiere buscar soluciones reales a este complejo y grave problemas que representa la administración del Sector Público.

El Capítulo V, sobre el *Registro y Control del Ejercicio Profesional*, ha sido incluido porque consideramos que es una las áreas menos eficientes del Sistema, el país no cuenta actualmente con mecanismos efectivos

que garanticen el ejercicio y la calidad del trabajo profesional. En ese sentido se analizan todos los aspectos que merecen ser modificados y se plantean propuestas para posibles cambios del sistema actual.

METODOLOGIA

Para la elaboración de este trabajo se ha recurrido, inicialmente, al estudio de los datos provenientes de varias fuentes secundarias, así como de entrevistas con los diferentes actores del Sector Salud de El Salvador, tanto del Sector Público como Privado.

Para la elaboración y preparación de este informe, no se ha diseñado ni utilizado ningún instrumento de recolección de datos para obtener información primaria. Las fuentes secundarias contribuyeron para evaluar el contexto del país, las necesidades y prioridades en el área de salud y específicamente en el campo de los recursos humanos.

Se han revisado una diversidad de documentos con los que contaba el país: documentos oficiales de las instituciones del Gobierno y las Agencias de Cooperación Externa; estudios especiales, encuestas, datos de los sistemas de información de las diversas instituciones del Sector; los que fueron facilitados gentilmente por todas las instituciones y personas que han colaborado con nosotros para la elaboración de este trabajo.

Las entrevistas se programaron con diferentes profesionales de las instituciones del Sector Salud, tanto del ámbito público como privado; lo cual nos permitió tener una visión global de la situación de los recursos humanos del Sector Salud, así como identificar sus problemas prioritarios y definir de manera global algunas alternativas de solución. Las instituciones visitadas fueron principalmente el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Planificación, el Instituto Salvadoreño de la Seguridad Social, otros organismos de la seguridad social, instituciones formadoras de recursos humanos, el Consejo Superior de Salud y las Juntas de Vigilancia, organismos corporativos, establecimientos de salud, ONGs, organismos de cooperación internacional y trabajadores de salud.

La primera etapa de elaboración de este trabajo que fue realizada durante los meses de octubre y noviembre de 1993, produjo un documento en carácter de borrador inicial que fue distribuido ampliamente entre instituciones y personas del Sector Salud, para su revisión y consideración. Algunos de los comentarios escritos recibidos han sido incorporados en alguna medida en la redacción de la versión final de este documento; otros son incorporados en el anexo de comentarios recibidos.

Para la segunda etapa de elaboración de este documento que ha sido realizada durante los meses de febrero y marzo de 1994, se ha diseñado una estrategia que privilegiara el proceso de consulta y recepción de comentarios, no sólo de las personas que tienen responsabilidades directas o son los protagonistas principales por sus posiciones de liderazgo dentro del Sector Salud, sino también, permitir la participación de aquellos trabajadores de salud del nivel operativo, tanto local como regional, que son los actores principales del trabajo diario que hacen los establecimientos de salud. Así también se ha querido privilegiar, la participación de los usuarios de los servicios, cuyas percepciones culturales y necesidades sentidas son generalmente excluidas o pocas veces requeridas.

Este proceso de revisión de los informes finales se ha realizado, en primer lugar, mediante el análisis recogido de *comentarios escritos*, donde fueron consultados más de 100 instituciones y personas del Sector Salud. También se ha realizado reuniones de revisión internamente al equipo de ANSAL y con los responsables del Ministerio de Salud, en el área de Planificación y con el jefe del Depto. de recursos humanos de la institución.

Ellos, han colaborado generosamente con su tiempo, con aportes y comentarios específicos para la revisión final de este documento.

La segunda estrategia ha sido la implementación de reuniones con trabajadores de salud del nivel local y regional e integrantes de la comunidad, en diez reuniones en las distintas regiones sanitarias del país.

La tercera estrategia ha sido la realización de una jornada de dos días de duración, con los líderes del sector social y de salud, tanto del Sector Público como Privado. Aquí se invitaron a representantes de las instituciones que planifican y prestan servicios de salud (MIPLAN, MSPAS, ISSS, ONGs); instituciones formadoras de recursos humanos (Universidad de El Salvador, UES), gremios profesionales, principales partidos políticos y un miembro de la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa.

Al concluir la elaboración de este documento, hemos podido notar, que el proceso de revisión y comentarios, ha sido para el equipo ANSAL, la experiencia más útil e interesante. No solo nos ha permitido esclarecer conceptos y estructurar mejor el contenido del informe, sus conclusiones y recomendaciones; sino que además, ha favorecido la construcción de consensos y acuerdos entre los distintos actores del país, lo que consideramos va a ser una contribución inestimable para la formulación de las políticas de recursos humanos a nivel nacional, para los próximos años.

RESUMEN EJECUTIVO

El Salvador, luego de un período prolongado de guerra civil que ha dejado un alto costo social y económico para el país, ha iniciado un proceso de pacificación que pretende la reconstrucción y conciliación nacional.

El Sector Salud tiene en este proceso el desafío de mejorar la calidad de vida de las comunidades, mejorando su capacidad de ofrecer atención de salud, extendiendo la cobertura y aumentando la accesibilidad para todos los grupos sociales del país. El análisis de la situación de salud, muestra que el área de recursos humanos, es uno de los aspectos más críticos del Sector.

Planificación de los recursos humanos

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) tradicionalmente se ha ocupado de la administración de sus propios recursos humanos y de la formación de personal de salud de nivel técnico, y auxiliar en escuelas que la misma institución administra. Este rol del Ministerio de formar personal de salud está establecido en el Código Sanitario.

Las Políticas del Plan Nacional de Salud 92-94, en el área de recursos humanos, están orientadas a la administración de personal de la Institución, en vez de establecer propuestas de nivel sectorial que permitan el desarrollo de los recursos humanos en todos sus componentes.

El MSPAS no cuenta con una unidad técnica para el desarrollo de políticas y programas a nivel sectorial y para la coordinación institucional. Su función tradicional ha sido la administración de Escuelas de Enfermería y de Capacitación Sanitaria que forman varios tipos de recursos de nivel técnico y auxiliar. Consideramos que este rol pertenece al sistema formador de recursos humanos y por lo tanto el Ministerio debería transferir esta función a las instituciones formadoras.

El MSPAS debe convertirse en el órgano rector del Sector Salud y establecer, de manera coordinada con las instituciones que lo componen las políticas de recursos humanos a nivel nacional. Su rol debe ser planificar para determinar necesidades futuras, optimizar la distribución y utilización de los recursos humanos y definir criterios de cantidad y calidad que permitan responder a las necesidades del país. Esto implica la modificación del marco legal actual.

El país es pequeño, pero densamente poblado, con problemas epidemiológicos donde prevalecen las enfermedades pretransicionales, relacionados a la pobreza y la falta de saneamiento básico y agua potable. La población es joven con altas tasas de crecimiento, sobre todo de la mujer adolescente.

Ante esta realidad sanitaria, es fácil entender que las políticas de salud deben priorizar la atención primaria de salud (APS) a fin de tener mayor impacto social. Los servicios de prevención y atención de salud deben estar cultural y geográficamente cercanos a población usuaria.

Estas definiciones, hacen impostergable la redefinición de las políticas de recursos humanos a nivel nacional, donde deben priorizarse la formación y capacitación de personal de salud a nivel técnico y auxiliar.

Las políticas nacionales de recursos humanos deben priorizar la formación y capacitación de personal técnico auxiliar: enfermeras, tecnólogos, promotores de salud, parteras empíricas adiestradas, técnicos en salud ambiental, educadores y trabajadoras sociales. También debe pensarse en la formación de un nuevo personal

de salud, un *auxiliar de obstetricia rural* cuyo eje de formación sea la atención del parto, y por lo tanto atienda todos los aspectos que determinan la atención materno-infantil, alta prioridad en el país.

Otro recurso humano importante para la extensión de cobertura, son los promotores de salud. Estos deben tener una formación que les permita un mayor nivel de resolución de problemas y contar con buenos mecanismos de supervisión, seguimiento, sistemas de referencia y contrarreferencia y capacitación permanente y continuada.

Siendo la atención médica muy importante culturalmente en el país por su aceptación social, se debe estimular la formación de médicos de familia, médicos rurales que permitan desplazar a los profesionales a las áreas rurales del país, acompañado el proceso con sistemas de incentivos y mejores remuneraciones.

Formación de recursos humanos

Tradicionalmente en el país, tres instituciones han sido responsables de la formación de recursos humanos en salud: el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y la Universidad de El Salvador; sin que existiera una coordinación entre las mismas, ni definiciones sobre el tipo de recursos que precisa el país para enfrentar sus problemas de salud.

Dentro de la UES, funciona la Escuela de Tecnología Médica desde hace varios años, pero su producción de egresados y el perfil de los profesionales que forma con poca inserción en el mercado de trabajo, exigen que la Institución haga un replanteo global de su funcionamiento y de la utilidad de algunas carreras que está ofreciendo.

Varios hechos importantes han influido en las instituciones formadoras: la crisis presupuestaria de la última década, el cierre y el enfrentamiento político entre la Universidad y el Organismo Ejecutivo de El Salvador; el cierre de las Escuelas de Enfermería del MSPAS y el incremento del Sector Privado en respuesta a la crisis de la única universidad del país.

Dentro de las políticas de formación de recursos humanos se debe priorizar la formación del personal de enfermería, en cuyos programas se debe fortalecer el componente comunitario y de atención del parto.

Además se deben buscar estrategias que permitan estimular las carreras técnicas y auxiliares, ya que constituyen recursos que pueden en menor tiempo y costo, mejorar la extensión de cobertura. Estas estrategias requieren una mayor coordinación entre instituciones formadoras y utilizadoras de los recursos humanos, a fin de crear plazas de empleos y estímulos salariales.

Para los médicos jóvenes se debe ofrecer formación en medicina familiar o rural para lo cual deben residir por 2 a 3 años en las comunidades rurales. Deben ser programas con supervisión permanente, y que permitan posteriormente optar con niveles de preferencia a carreras de especialización en la capital. Estas estrategias suelen colaborar para que un porcentaje de médicos decida permanecer en las áreas rurales.

El mercado de trabajo

El aspecto importante a considerar en este tema es la cantidad, composición y distribución de los recursos humanos de la totalidad del Sector. Pero esa información no está disponible en el país, por lo que consideramos importante la realización de un Censo Nacional de recursos humanos. Este servirá de base para la planificación de formación de recursos y organización de servicios que requiere el país.

La información secundaria recogida, muestra una baja razón de médicos y enfermeras por 10.000 hab. en casi todas las regiones del país, lo que apoya nuestras recomendaciones hacia políticas de formación de personal

de enfermería, problema crítico del Sector Salud y la búsqueda de estrategias que permitan a los profesionales médicos desplazarse hacia las áreas rurales.

El MSPAS y ISSS, son las instituciones que generan mayor número de empleos, las otras organizaciones del Sector tienen coberturas menores, y ocupan una parte limitada del sector laboral. El sector privado lucrativo es el menos conocido y sólo se hacen estimaciones sobre el papel que está cumpliendo en la prestación de servicios. Las ONGs desempeñan un papel importante en la atención primaria de salud y en la salud comunitaria.

La administración de recursos humanos en el Sector Público

El aspecto más resaltante dentro del proceso de administración de personal del Sector Público es la baja productividad de los trabajadores; todos los indicadores como número de consultas, egresos, tasas de coberturas son bajas y la percepción de los usuarios es una mala calidad y calidez en la atención.

El sistema de vinculación laboral de los médicos con contrataciones de 2hrs/diarias, es excesivamente elevado en el Ministerio de Salud y ha tenido un incremento importante en los últimos años. Esto genera un número excesivo de plazas mal remuneradas, que repercute negativamente en la productividad de los profesionales y no permite una buena identificación con la institución.

Tanto el Ministerio de Salud como el Ministerio de Planificación a través de su Política de Modernización del Estado, están elaborando instrumentos para la administración y gestión de personal, basados en las "carreras funcionarias". Estos instrumentos de administración son muy importantes para los funcionarios de nivel central y regional, pero los establecimientos de salud, deberían optar por mecanismos más modernos, flexibles, y menos burocráticos, que permitan una gestión y administración más eficientes.

El control del ejercicio profesional

El proceso de registro, acreditación y control del ejercicio profesional en el país es actualmente competencia del Consejo Superior de Salud Pública y las Juntas de Vigilancias de las Profesiones. A pesar de las disposiciones legales vigentes que los respaldan, tienen un débil poder de control.

Varios aspectos contribuyen a la ineficiencia de estos organismos. Los más importantes son: un marco legal deficiente y desactualizado, la falta de recursos humanos y financieros, la débil capacidad técnico-normativa y la poca credibilidad en la gestión de los mismos.

Son necesarias la modernización de la legislación vigente, la reestructuración organizativa de los órganos de control y la capacitación en el área técnico normativa. Además el registro y el control deben ser obligatorios para que puedan cumplir su función. Asimismo se deben incorporar a los órganos de control a representantes de los usuarios a fin de evitar que las corporaciones actúen protegiendo a sus pares.

Finalmente deben establecerse mecanismos que permitan el autofinanciamiento, a través de sistemas arancelarios de recaudación.

La discusión en el país sobre la necesidad de transferir estas responsabilidades a los Colegios de Profesionales es importante ya que éstos representan la opinión de los involucrados. La permanencia de las organizaciones actuales (Consejo y Juntas de Vigilancia) o la creación de los Colegios Profesionales es decisión que debe ser negociada entre los diferentes actores a nivel del país. La experiencia de otros países muestra que, independiente de los organismos encargados del control, lo importante es el marco regulatorio que los respalda, la obligatoriedad del registro y la credibilidad en las instituciones que lo administran.

I LA PLANIFICACION DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SALUD

El Salvador, como la mayoría de los países latinoamericanos, se encuentra ante el desafío de mejorar la calidad de salud de su población, mejorando la capacidad de ofrecer servicios en sus establecimientos de salud, extendiendo la cobertura y aumentando la accesibilidad para todos los grupos sociales del país.

Este proceso requiere como condición básica, el análisis de las políticas de desarrollo de los recursos humanos del Sector Salud, así como la discusión profunda sobre los roles tradicionales que formal o informalmente, las instituciones del Sector han estado protagonizando en el país.

El proceso de pacificación que ha comenzado a vivir el pueblo de El Salvador, ofrece una excelente oportunidad para iniciar cambios en las instituciones del Sector Salud; en el marco legal que las regula y controla y en las políticas y estrategias que sirven de base para el desarrollo de los recursos humanos de Salud, a fin de adecuarse a los nuevos desafíos que enfrentarán las autoridades del Gobierno y la población para la reconstrucción del país, dentro del marco de la amplia participación social que ha iniciado toda la sociedad en su conjunto.

I El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), tradicionalmente se ha ocupado de la utilización y administración de recursos humanos para la implementación de políticas que históricamente ha desarrollado: de regulación y control y, de prestación de servicios directos a la población.

Para la atención de salud, la institución también se ha ocupado de la formación de algunos recursos humanos básicos, organizando sus propias escuelas formadoras. La gama de recursos humanos que con el tiempo se ha responsabilizado la institución ha sido grande, empezando con enfermeras graduadas y auxiliares, laboratoristas, técnicos en diferentes áreas, auxiliares de estadísticas, auxiliares de odontología, inspectores de saneamiento, auxiliares de dietista, promotores, etc. Se puede observar que la política del Ministerio de Salud, ha sido formar recursos para satisfacer sus necesidades, y la planificación en ese sentido, se ha hecho en base a las necesidades institucionales para la implementación de sus programas.

I.1 Disposiciones del Código Sanitario

Este rol del Ministerio de Salud de formar y adiestrar recursos humanos dentro de la propia institución, y para satisfacer las necesidades de sus establecimientos y dependencias, lo establece el Código Sanitario, legislación vigente desde 1988 (Art. 272):

"El Ministerio para formar y adiestrar el personal de sus dependencias, tiene a su cargo:

- a) Escuelas de Capacitación Sanitaria
- b) Cursos para Auxiliares de Enfermería
- c) Establecimientos y cursos que considere necesarios

Estimulará la formación de profesionales de la salud y sus auxiliares y colaborará con los establecimientos docentes respectivos de los otros ministerios y de otros organismos nacionales e internacionales, dentro de sus posibilidades legales, reglamentarias y financieras".

El Código Sanitario, a pesar de establecer en su Art. 40, que el Ministerio de Salud Pública es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia salud; en lo que hace relación al área de recursos humanos solamente establece normativas para el área de formación y adiestramiento para el personal de la propia institución. Este marco legal limita el rol de Ministerio de Salud a atender sólo las necesidades institucionales.

1.2 Disposiciones del Plan Nacional de Salud 1991-1994

El Plan Nacional de Salud 1991-94 del MSPAS, en su Capítulo III, al desarrollar las Políticas de Salud establece en el punto seis la Política de Recursos Humanos en los términos siguientes:

"Impulsar la adecuación de los recursos humanos del sector. Diseñar sistemas que aseguren la continuidad y superación del personal, implementando incentivos de tipo económico y profesional, con el propósito de facilitar una utilización racional del recurso disponible.

Componentes:

- a) Apoyar los procesos de modernización y simplificación del trabajo.
- b) Estimular la carrera técnico-administrativa dentro del Ministerio."

Este enunciado define una política muy restringida y orientada exclusivamente a la administración de personal dentro del marco institucional. El Ministerio de Salud debería elaborar propuestas de políticas a nivel sectorial que permitan el desarrollo de recursos humanos en todos sus componentes. Este enfoque exige además, conceptualizaciones claras sobre cuáles son las necesidades de personal de salud en el país, para responder a las demandas de atención de salud de toda la población.

Por otra parte, en el Capítulo IV donde se definen las *Estrategias del Plan Nacional de Salud*, hay varios puntos que hacen referencia al área de recursos humanos.

Así, en el punto 1 sobre la *Extensión de la Cobertura a toda la Población*, se establece como líneas de acción "estimular la participación de la comunidad".

En el punto 2 sobre el *Mejoramiento de la Capacidad de Resolución de los Niveles de Atención*, se establece "mejorar la calidad y eficiencia del recurso humano en salud".

En el punto 3, sobre *Descentralización*, se establece "descentralizar los recursos humanos, físicos y financieros en forma gradual".

Y en el punto 4 sobre *Desarrollo Institucional*, se establecen cuatro líneas de acción todas en relación a mejorar la eficiencia de la Institución, pero que definitivamente pasan por la gestión y administración del personal de salud y son las siguientes: "diseñar y adecuar los sistemas operativos", "adecuar las estructuras organizacionales", "mejorar la capacidad gerencial del Sector" e "impulsar la modernización técnico-administrativa en los distintos niveles de atención".

El punto 6 de las estrategias, establece la *Coordinación Interinstitucional e Intersectorial*, de todos los componentes del Sector, donde el Ministerio de Salud, es el órgano rector y debe organizar y operacionalizar el Sistema Nacional de Salud y su interrelación con otros campos y sectores de la vida nacional.

Finalmente el punto 7 establece la *Coordinación de la Cooperación Externa*, donde una de las líneas de acción es "coordinar con las diferentes agencias la identificación de necesidades y metodologías para la mejor utilización de recursos humanos y financieros de cooperación externa".

El análisis de estas estrategias permiten observar en algunos puntos, una ampliación del rol del Ministerio de Salud hacia el Sector en su conjunto.

Para el cumplimiento de sus metas el Plan Nacional de Salud, establece Programas Operativos, donde el componente de recursos humanos se desarrolla en el marco que se denomina de Apoyo Administrativo, a través de dos programas: el de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos y el Programa de Personal.

El Programa de Formación y Desarrollo de recursos humanos, ubicado como un componente de apoyo administrativo, determina que el mismo se quede nuevamente limitado dentro de la administración del personal del Ministerio de Salud. Este programa debería ser un programa dependiente de la Dirección de Planificación y no de la Administración, a fin de ocuparse de las políticas nacionales del área de recursos humanos en salud.

La descripción de las políticas, estrategias y planes operativos del Plan Nacional de Salud no definen claramente cual es la competencia de la institución en el campo de recursos humanos, y permiten confundir los roles de administración del personal de salud de la institución con el de planificación, normatización, control, regulación y coordinación de las Políticas de recursos humanos para todo el Sector Salud.

1.3 Estructura organizativa del MSPAS y recursos humanos

Las dificultades para establecer un Programa Nacional, más claramente definido, se deben en parte a la ausencia dentro del MSPAS de una Unidad que planifique, dirija, coordine, evalúe y supervise la implementación de una política para el desarrollo de los recursos humanos a nivel sectorial. La falta de esta Unidad Técnica dentro de la Institución hace que diferentes dependencias de la Institución trabajen en forma asistemática, dispersa, desintegrada, superponiendo esfuerzos y recursos que en definitiva repercuten negativamente en el proceso de trabajo de la Institución.

Analizando el Organigrama del Ministerio de Salud (ver anexos No. 1 y 1-A), existen varias dependencias donde se generan políticas y programas de recursos humanos.

El Departamento de Recursos Humanos se ocupa de las políticas de capacitación y formación, teniendo a su cargo la formación de enfermeras y auxiliares de enfermería en escuelas de formación que dirige y administra la propia Institución; dos programas de capacitación gerencial para profesionales y técnicos; programas de capacitación continuada en servicios y la administración de un programa de becas intra-país, ambos hasta el momento poco desarrollados. Otra función es la dirección de la Escuela de Capacitación Sanitaria que funciona en el Ministerio de Salud desde su creación por decreto-ley del año 1958.

El Departamento de Recursos Humanos depende de la Dirección General de Salud, dependencia directa del Despacho Ministerial. Aún así, no participa directamente en la planificación de políticas y su nivel de decisión es muy limitado.

Dentro del área de capacitación, el Departamento de Salud Comunitaria, creado en 1989 como unidad dependiente de la División de Atención a las Personas y a su vez de la Dirección de Servicios Técnicos Normativos Operativos, se ocupa de la formación, seguimiento, evaluación y control de los Promotores de

Salud. El Departamento Materno-infantil, dependiente de la División de Atención a la Persona, se ocupa del adiestramiento y supervisión de las parteras empíricas.

Por su parte la Unidad de Educación para la Salud, dependiente directamente de la Dirección de Servicios Técnicos Normativos Operativos, coordina y dirige, junto a la Escuela de Capacitación Sanitaria un curso modular para la educación y participación de las comunidades en los SILOS, denominado SILOGUIA.

Todos estos programas de capacitación y formación de personal de salud, no se comunican, ni son el resultado de una distribución coordinada de trabajo entre sí a nivel institucional.

Los programas de salud del Ministerio, como materno-infantil, nutrición, inmunizaciones (PAI), etc., desarrollan módulos, jornadas, reuniones, etc. de capacitación para el mejor desarrollo de sus programas. Estos, generalmente responden a temas concretos, aprendizaje de normas o actividades a realizar por el personal de salud. De la planificación de estas actividades se encarga cada departamento individualmente lo que produce a nivel operativo superposiciones, fragmentaciones del conocimiento y dificultades en la coordinación. La cooperación internacional facilita estas fragmentaciones con el aporte de recursos financieros que normalmente administra cada programa específicamente y con poca coordinación institucional.

Por otra parte, la División de Personal, dependiente de la Dirección Administrativa, se ocupa de las Políticas de Administración de Personal en lo referente a sistemas de selección y reclutamiento, nombramientos, salarios, plan de carrera, etc. Ha elaborado recientemente un *Manual de Personal* donde en la Sección 1, Políticas Generales de Administración de Personal, se establecen los niveles jerárquicos responsables de la planificación y cumplimiento de dichas políticas. Esos tres niveles son: el Despacho Ministerial, la Dirección General de Salud y las Direcciones. La División de Personal es la encargada de la parte operativa, administrativa y de ejecución en el nivel central y las Unidades de Personal a nivel regional y local.

Sin embargo, y a manera de ejemplo, el Proyecto del Banco Mundial que contrata recursos humanos para ampliar la cobertura de atención en las zonas ex-conflictivas, es operativizado y administrado fuera de las dependencias de la División de Personal y la misma no cuenta con información detallada de los mismos.

Los aspectos anteriormente señalados muestran como la falta de definiciones claras en las políticas y la mala coordinación institucional originan superposiciones que contribuyen a la poca eficiencia institucional e incrementa los recursos innecesariamente.

1.4 Análisis del rol del MSPAS en la planificación sectorial de los recursos humanos

El Ministerio de Salud actualmente se ocupa de la administración de Escuelas de Formación de Personal de Salud, que funcionan dentro de la Institución, como lo son las Escuelas de Formación de Enfermeras Graduadas y Auxiliares de Enfermería y la Escuela de Capacitación Sanitaria que forma varios tipos de recursos humanos de salud.

Consideramos que este rol pertenece al sistema formador de recursos humanos y que el Ministerio debería transferir sus recursos a las instituciones formadoras que tradicionalmente en el país lo constituyen las universidades, escuelas, institutos, etc. Además, en los últimos años están surgiendo en el país otras instancias como son las ONGs, donde varias de ellas han mostrado capacidad para formar promotores de salud y adiestrar parteras empíricas para las zonas rurales.

Cuando el MSPAS, destina recursos para administrar instituciones formadoras de recursos humanos crea duplicaciones innecesarias.

Actualmente es evidente el divorcio que existe entre las instituciones formadoras y utilizadoras de personal de salud. A manera de ejemplo, la Universidad del El Salvador desde hace muchos años viene formando recursos humanos a nivel técnico, llamados tecnólogos, que al país y a la población le significan un alto costo. Sin embargo, el Ministerio de Salud, la institución con mayor capacidad de empleos y mayor extensión de cobertura del país prácticamente no utiliza estos recursos, por lo que forma y capacita otros recursos que considera útiles para la atención de salud en sus establecimientos. Esto crea graves distorsiones entre la oferta y la demanda y muestran la irracionalidad y el derroche que se producen cuando no se establecen políticas claras a nivel sectorial. El rol del Ministerio no es la formación de recursos humanos, sino planificar y coordinar con las instituciones formadoras para evitar estas incoherencias.

La distorsión de los roles, crea un gran número de situaciones que producen superposiciones y mala utilización de los recursos. En ese sentido podemos señalar dos situaciones que se observan actualmente en el Sector. La primera es que la falta de personal de enfermería ha generado un déficit en los últimos años en el país; ello causó el fenómeno de la proliferación de varias escuelas formadoras de enfermeras en el Sector Privado de dudosa calidad de formación, habilitadas por el Ministerio de Educación. Por otra parte, la necesidad del Ministerio de Salud de utilizar esos recursos motiva la "nueva capacitación" de dichas enfermeras en la institución, en vez de acordar con el Ministerio de Educación las medidas correctivas necesarias para corregir definitivamente el problema.

La segunda distorsión observada en el Sector es sobre el mismo problema. El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), para enfrentar el problema de escasez de personal de enfermería y la mala calidad de formación de algunas escuelas del Sector Privado, piensa habilitar sus propios cursos de formación de enfermeras a nivel de la institución.

El rol del Ministerio de Salud, de la Seguridad Social y de las demás instituciones prestadoras de servicios no es la formación de recursos humanos, sino su utilización adecuada, en tanto las mismas sigan siendo responsables de la prestación directa servicios a la población. En El Salvador, el MSPAS y el ISSS concentran el 42% de los recursos totales del Sector. Es necesaria la redefinición de la función del Estado dentro del marco general del Sector Salud. Sería conveniente que el mismo vaya progresivamente transfiriendo su rol de prestador directo de servicios de salud hacia el de facilitador y financiador. El Estado debe asumir su papel de líder y rector del sector, a través del MSPAS. Debe ocuparse de la formulación de políticas, de la aprobación e implementación de planes y normas, y debe elaborar estrategias de estímulo social para generar incentivos correctos que permitan aumentar el número de recursos humanos formados en la áreas que considere necesario para el perfil epidemiológico del país (estimular la creación de puestos de trabajo, subsidiar la formación a través de becas, promover incentivos, mejoras salariales, entre otros).

1.5 Recomendaciones al MSPAS en planificación de recursos humanos

Considerando lo anteriormente expuesto, el Ministerio de Salud Pública, debería modificar su actuación considerando los siguientes lineamientos:

- a) El Ministerio de Salud Pública debe convertirse en el órgano rector del Sector Salud y establecer a nivel nacional, de manera coordinada con todas las instituciones que lo componen, las Políticas de Desarrollo de recursos humanos en Salud.

- b) Estas Políticas deben establecer los mecanismos que permitan a los sistemas formadores de personal de salud lograr la adecuación necesaria con el sistema prestador de servicios de salud. Esta articulación debe perseguir el propósito que la entrega de atención a la población sea acorde a sus necesidades y dentro del marco social, político y epidemiológico del país.
- c) El rol del MSPAS no debe ser la administración de instituciones de formación de recursos humanos, sino la de planificación y coordinación con las instituciones formadoras sobre las políticas de formación necesarias en base a las necesidades del país. Bajo esas definiciones el MSPAS debe transferir sus establecimientos de enseñanza y sus recursos al sector formador.
- d) Para el desarrollo de políticas a nivel nacional, el MSPAS debe fortalecer una Unidad Técnica que cuente con apoyo político y técnico de los altos niveles de decisión de la institución.
- e) El rol de Ministerio de Salud debe ser la planificación para determinar las necesidades futuras de personal de salud en todo el país. Optimizar su distribución y utilización, definir los criterios de calidad y cantidad y el perfil ocupacional que permita responder a las necesidades de los establecimientos de atención de salud, a la ejecución de los programas y proyectos que se consideren necesarios implementar para los problemas de salud de la población. Esta tarea es indispensable que se realice en forma coordinada y concertada con el Ministerio de Educación, las Universidades, las Escuelas Técnicas, la Seguridad Social y las Corporaciones Gremiales (Colegios, Asociaciones, Sociedades Científicas, Juntas de Vigilancia, ONGs, etc.).
- f) Para modificar el rol del MSPAS se debe revisar y modificar el marco legal del Código de Salud que actualmente limita al Ministerio a un rol de administración de los recursos humanos a nivel institucional y no sectorial.
- g) El MSPAS debe fortalecer la coordinación entre las diferentes instituciones involucradas en la planificación, formación y utilización de recursos humanos de salud. Lo importante de éstas instancias es que cuenten con un apoyo político para tomar decisiones, en caso contrario se convierten en estructuras burocráticas, inoperantes y de poca utilidad real. En el informe final de ANSAL, se propone la creación de un Consejo Consultivo de Salud como instancia de participación y asesoría, integrado por todos los organismos públicos y privados involucrados en la problemática de salud de la población. El Consejo debería estar organizado en Comisiones, donde el área de recursos humanos debe ser una de ellas.

Existe actualmente en el país una instancia que funciona desde hace dos años, llamada Grupo Intersectorial para el Desarrollo de los Recursos Humanos en el Área de Salud (GIDRUS), que pretende iniciar un trabajo en ese sentido. Se halla integrada por miembros voluntarios del Ministerio de Salud, la Seguridad Social (ISSS), la Universidad de El Salvador (UES) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El GIDRUS se encuentra aún en etapa de consolidación, necesita mayor rigurosidad técnica, mayor organización de sus actividades y un compromiso más firme de las instituciones que la componen. Si no reciben un apoyo político y técnico permanente lo más probable es que no alcancen sus objetivos finales.

1.6 Recomendaciones sobre políticas sectoriales de recursos humanos

Si consideramos la situación actual de El Salvador, vemos que es un país pequeño, pero densamente poblado, con problemas epidemiológicos originados por enfermedades pre-transicionales, relacionadas a la pobreza y

la falta de condiciones básicas de saneamiento básico y agua potable. Demográficamente su población es joven, con altas tasas de crecimiento y que sobre todo afecta a la mujer joven y adolescente (menos de 20 años).

Ante esta característica sanitaria, es fácil entender que políticas de salud deben priorizar la Atención Primaria de Salud (APS)² a fin de tener mayor impacto social. Estos servicios de prevención, promoción y atención directa de las patologías básicas, deben estar geográfica y culturalmente cercanas a la comunidad usuaria.

Si entendemos que la atención primaria de salud debe ser una de las prioridades en la política sanitaria en los próximos años para controlar el perfil demográfico y epidemiológico, es indiscutible que las políticas de recursos humanos a nivel nacional deben reestructurarse para acompañar la implementación de dicha política.

Existe actualmente un modelo "médico-hospitalario- curativo" predominante en la cultura de las instituciones del sector, en los trabajadores de salud y en la propia población usuaria de los servicios. Consideramos que este modelo no es apropiado, ni sustentable, para el país, en primer lugar por el tipo de problemas que afectan a la población (que requieren prioritariamente APS); en segundo lugar porque el país no cuenta con los recursos necesarios para sostener este modelo extendiendo su cobertura y haciendo accesibles sus servicios a toda la población y tercero, porque la implementación del mismo tiene un alto costo de tiempo y recursos técnicos y financieros que la capacidad del país.

Consideramos que los mayores desafíos del Sector Salud en el país constituyen:

- La extensión de la cobertura a las poblaciones de mayores riesgos de salud, como lo son la madre y el niño, las poblaciones que viven en condiciones de pobreza y en las áreas rurales;
- El mejoramiento de la accesibilidad y equidad en la atención;
- La utilización más racional y eficiente de los recursos disponibles que permita solventar financieramente al Sector

Las posibilidades de lograr la implementación de estrategias para resolver esos problemas requiere priorizar los siguientes aspectos:

- a) Fortalecer la formación y capacitación de personal de salud de niveles técnicos y auxiliares como son las enfermeras, las auxiliares de enfermería, algunos tipos de tecnólogos que está formando el país, los promotores de salud, las parteras empíricas adiestradas, los técnicos en el área de salud ambiental, los educadores y trabajadores sociales.
- b) Considerar como eje estratégico de la política de recursos humanos, la formación de personal de salud de nivel técnico o auxiliar para la atención del parto por personal capacitado. La propuesta se basa en la premisa siguiente: si se logra mejorar la atención del parto, que en el país alcanza cifras extremadamente bajas, indirectamente se logrará incidir en otros aspectos que tienen que ver con la morbi-mortalidad materna y neonatal. Según FESAL-93, el 51% de los partos se realiza en un establecimiento

² El término Atención Primaria de Salud o APS se usa de dos formas: a) referido a un proceso de descentralización y participación comunitaria en los servicios, conformando una estrategia de atención (OMS/OPS), y b) como sinónimo de los servicios que se prestan en el primer nivel de atención, incluyendo acciones de promoción, prevención y educación en salud y actividades curativas básicas para los problemas más frecuentes de salud de la población. Durante el desarrollo del análisis realizado por ANSAL, se ha convenido con algunas instituciones nacionales en usarlo en esta segunda acepción. Equivale a primer nivel, atención básica, atención primaria y otros similares.

hospitalario; esta proporción es mayor para las embarazadas que proceden del AMSS (82%), de medio socio-económico alto (80%) y con buen nivel de educación (86%). Un 36% adicional de partos se realiza con partera, predominantemente en domicilio; esto es más frecuente en el medio rural, en madres sin educación formal y de medio socio-económico bajo.

Según la misma encuesta el 80% de los niños menores de 5 años recibió por lo menos un control de niño sano. Si se introduce el momento en que se realizó el primer control estas cifras varían sustancialmente: sólo el 18% de los recién nacidos habían sido controlados al final del primer mes, la proporción se eleva a 60% al final de segundo mes. Sin embargo, la mitad o menos de niños del medio rural, de bajo nivel socio-económico o de madre sin educación formal había sido controlado al final del segundo mes de vida.

Una estrategia puede ser la formación de un Auxiliar o Técnico de Obstetricia Rural. Su capacitación debería enfocarse a la atención de la madre y el niño, y el tiempo de formación debe extenderse como máximo a dos años. Debe aprender el manejo de la atención pre-natal, el parto normal, el puerperio, el recién nacido normal, enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar, conocimientos sobre nutrición, vacunación y educación para la salud.

Este recurso de salud trabajaría prioritariamente en las Unidades y Puestos de Salud, y debería poder asistir a las madres en sus propios domicilios hasta tanto se vaya modificando esta pauta cultural del país. Debe contar con un buen sistema de supervisión, de referencia y contrarreferencia con los niveles de atención de mayor complejidad.

Para la formación de este personal de salud se debería seleccionar recursos de las mismas parteras empíricas y promotores de salud que hoy están trabajando en el área rural o de nuevos candidatos que quieran iniciar un proceso de formación. Sobre esta propuesta se han recibido muchos comentarios tanto de las autoridades del Ministerio de Salud, como de miembros de ONGs y de los participantes de las diferentes reuniones realizadas en el proceso de revisión del documento.

Todos los comentarios son coincidentes en la necesidad de fortalecer la formación y capacitación de recursos de nivel técnico y auxiliar para la atención del parto y el puerperio, sobre todo en las zonas rurales.

Se han discutido varias propuestas, que consideramos válidas. La primera, mejorar el componente obstétrico en la formación de enfermeras y auxiliares de enfermería (niveles técnico y auxiliar). Segundo crear la especialidad de obstetricia en la carrera de licenciatura en enfermería y tercero, revisar la formación del Tecnólogo Materno-infantil, producido actualmente en la Escuela de Tecnología Médica de la Universidad de El Salvador.

- c) Otro recurso humano de salud que consideramos importante apoyar en el país, lo constituyen los *promotores de salud*. Existe una experiencia de trabajo muy positiva en las áreas rurales, que se ha desarrollado, durante el período de conflicto, y que en los últimos años, ha tenido inclusive, un apoyo e impulso mayor.

Lo interesante de la experiencia del trabajo de los promotores es que ha demostrado su utilidad para la extensión de la cobertura de salud en el país independientemente de la orientación ideológica de la institución que lo capacitó. Esto, sin dudas, va a permitir la discusión sobre los lineamientos futuros, con una gran posibilidad de llegar a acuerdos y consensos.

El MSPAS debería revisar el perfil de los promotores de salud que trabajan en el país y ampliar el nivel de intervención de los que está capacitando. Por ejemplo, debería enseñarles a administrar algunos medicamentos de poca complejidad bajo protocolos de tratamiento (uso de antipiréticos, analgésicos comunes, algunos antibióticos para las enfermedades infecciosas respiratorias agudas, o indicación de anticonceptivos orales). También la utilización de tecnologías de poca complejidad como el aparato de control de presión arterial.

Los promotores de salud deben formarse para resolver los problemas más comunes de salud de las comunidades, sobre todo por la necesidad que tiene el país de extender su cobertura a las áreas rurales y de resolver problemas de accesibilidad geográfica, económica o cultural. Los promotores por lo general son miembros respetados de la comunidad que han sido escogidos por ésta para ser capacitados y actuar como tales. La actuación, influencia y reconocimiento de los promotores por parte de la comunidad a la cual sirven es variada. En algunas comunidades los promotores desarrollan todo su potencial al entregar una amplia gama de servicios. En otras comunidades la presencia del promotor apenas se nota. Para aumentar su utilización, será necesario mejorar la entrega de los servicios que prestan (tanto promotores como los otros recursos comunitarios): vigilancia de las enfermedades más frecuentes, prevención, promoción y educación para la salud, atención curativa básica.

El trabajo de los promotores como el de todos los trabajadores de nivel técnico y auxiliar, exige al Sistema de Salud un buen nivel de supervisión y seguimiento, mecanismos de referencia y contrarreferencia y capacitación continuada. Es importante destacar que el sistema de salud debe ser integral, es decir no es eficiente tener acciones sobre la APS sin estructurar un sistemas secundario y terciario que permita la referencia de pacientes según niveles de complejidad.

- d) Considerar la formación de médicos de familia para contrarrestar el modelo de alta especialización que comienza a aumentar en el mercado de trabajo del sector médico. Esto debe acompañarse de políticas de incentivos salariales, de promoción, de capacitación permanente, para hacerlo atractivo para las nuevas generaciones de profesionales.

El médico de familia con buena formación en las 4 clínicas básicas (medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría) debería ser el punto de referencia y apoyo de las unidades comunitarias de atención primaria en las Unidades y Centros de Salud.

1.7 Resumen de puntos críticos y recomendaciones en la planificación de los recursos del Sector

Punto crítico	Recomendaciones
1) Desequilibrio entre los recursos humanos necesarios según el perfil epidemiológico y los recursos humanos tradicionales que se están formando en el país.	1.1) El Estado debe dar incentivos (creando puestos de trabajo, subsidiando formación y otros) para aumentar la formación de los recursos humanos de acuerdo con el perfil epidemiológico: promotores, técnica obstetra, enfermeras, tecnólogos de diagnóstico y terapéutico y médicos de familia.
2) Ausencia en el Estado de una instancia de formulación de políticas de formación de recursos humanos y de coordinación institucional de su implementación con las instituciones formadoras de recursos humanos.	2.1) Desarrollar una unidad técnica en el MSPAS que elabore las políticas de incentivos y otras necesarias para adecuar la formación y calificación de los recursos humanos al perfil epidemiológico de la población, en coordinación con otras instancias públicas y privadas. 2.2) Crear un mecanismo formal de coordinación entre instituciones usuarias de los recursos humanos y las instituciones encargadas de la formación de esos recursos como parte del Consejo Nacional de Salud.
3) Desempeño por el MSPAS de la función de formación de algunos recursos humanos, función que no le es prioritaria, que lo distrae del cumplimiento de otras funciones esenciales y que deben ser desempeñadas por otras instituciones de la sociedad, y que se traduce en una baja prioridad presupuestal.	3.1) Transferir la administración de las Escuelas de Enfermería y del Centro de Capacitación sanitaria a una entidad autónoma del MSPAS.
4) Promotores, parteras capacitadas y tecnólogos del MSPAS no están produciendo actividades de prevención a las personas, curativas básicas y de planificación familiar, que las podrían hacer con delegación, autorización y con un mínimo de capacitación y supervisión adicional, y así mejorarían la situación de salud de la población usuaria.	4.1) Ampliación del rol, de la capacitación y del poder de decisión del personal de salud de primera línea (enfermeras, tecnólogos, promotores y parteras empíricas) dentro de una adecuada normatización y con mecanismos efectivos de supervisión.
5) Montos y mecanismos de compensación e incentivos, inadecuados, que favorecen: Baja productividad, mala distribución, horarios inadecuados a las necesidades de la población, ineficiente número y calidad de recursos humanos.	5.1) Elaborar políticas y estrategias de estímulo social y otros incentivos que mejoren los problemas planteados en relación a distribución, eficiencia, calidad, control y calidez, como serían la aplicación de políticas de personal más flexibles, con incentivos correctos, por ej.: compensaciones vinculadas a la productividad y calidad de los servicios producidos.
6) Política centralizada de manejo de personal en las organizaciones del Sector Público con efectos similares al punto anterior.	6.1) Descentralizar la gestión de los recursos humanos transfiriéndola preferentemente a organizaciones de derecho privado.

2 El Instituto Salvadoreño de la Seguridad Social

El ISSS, tiene el objeto de otorgar un sistema de atención que permite financiar solidariamente al entorno familiar sobre los resultados de las contingencias en la vida del trabajador como son los accidentes, enfermedades, vejez, invalidez, muerte, cesantía involuntaria, etc.

El rol tradicional de estas instituciones en el campo de la salud, es la atención curativa a partir del segundo nivel. El uso de atenciones de tercer y cuarto nivel muchas veces se hace predominante.

El alto costo que representan para la institución la cobertura del tercer y cuarto nivel de atención y el conocimiento científico actual que permite aseverar que las atenciones de primer y segundo nivel son más oportunas, más fáciles de distribuir y con mayor impacto, deben obligar a este tipo de instituciones a definir un nuevo modelo de atención donde las acciones preventivas, de promoción y educación de salud jueguen un rol más preponderante.

En el ISSS, una investigación institucional sobre el perfil morbi-demográfico de la consulta externa, mostró que dentro de las 10 primeras causas de consulta se encuentran las infecciones respiratorias e intestinales, las cuales se podrían controlar sobre todo con medidas preventivas. Esto muestra también la necesidad de definir los niveles de atención que se puede brindar a la mayoría de la población usuaria, respondiendo a los perfiles epidemiológicos del país.

Deben establecerse mecanismos claros, bajo un marco legal que los proteja, para la coordinación con el Ministerio de Salud en la planificación de la atención primaria, la prevención y promoción, la atención de las prioridades de salud del país como son la atención materno-infantil, las enfermedades infecciosas, etc.

Actualmente la atención en estos servicios se basa casi exclusivamente en los médicos y odontólogos, predominando la atención por especialistas (37% de las consultas externas del ISSS en 1992).

Este modelo médico especializado de atención genera en la Institución, que es apoyado por la demanda de los usuarios, la necesidad de grandes inversiones en alta tecnología, en infraestructuras de gran costo de inversión y de gastos recurrentes, que a lo largo del tiempo desfinancian a la Institución.

La definición de un nuevo modelo de atención requiere una modificación sustancial de las políticas de recursos humanos en el ISSS e instituciones similares.

En el área de los recursos humanos esto significa, introducir nuevos tipos de trabajadores como tecnólogos, epidemiólogos, auxiliares de estadísticas, educadores y trabajadores sociales. Las autoridades de la institución, los profesionales y los usuarios deben elaborar mecanismos que permitan gradualmente introducir estos cambios que significan más que nada un "cambio de mentalidad" y del concepto actual de lo que es la atención de la salud.

El cambio de modelo de atención requiere revisar y probablemente limitar la complejidad de los servicios ofrecidos a los usuarios. También la normatización del número ilimitado de servicios. Actualmente el uso de la consulta externa prácticamente no tiene restricciones y no existen límites sobre el número de consultas que el asegurado puede realizar por año.

La privatización de la consulta externa de especialidades ha generado un exceso de pacientes referidos a las consultas de especialidades. Esto debe analizarse dentro del nivel ético del trabajo de los profesionales.

El otro aspecto importante que debe analizar la Seguridad Social en sus políticas de recursos humanos, es la eficiencia y la calidad de la atención que brinda la institución.

Esto requiere la revisión de varios aspectos como por ejemplo: sus mecanismos burocráticos que generan aglomeraciones y pérdida de tiempo para el asegurado; la eficiencia, calidad y rendimiento del personal administrativo y de salud. Los usuarios se quejan de la falta de organización, la poca amabilidad de médicos y enfermeras, y la poca calidez de la atención.

II ANALISIS DE ALGUNOS ASPECTOS DE LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SALUD

I La formación de los recursos humanos y su relación con las necesidades del país

1.1 Principales instituciones formadoras y utilizadoras de recursos

Tradicionalmente en El Salvador, los recursos humanos en Salud han sido formados por el Ministerio de Salud y la Universidad de El Salvador sin que existiera una coordinación entre ambas instituciones, ni orientaciones claras sobre el tipo de recursos que precisaba el país, para enfrentar sus problemas de salud.

Se suman a estas dos instituciones, el Ministerio de Educación que es la institución responsable de la habilitación y acreditación de los establecimientos de enseñanza y de las distintas carreras de estudio a nivel de todo el país. Incluye el Sector Público y Privado, la educación media y superior, esta última en sus modalidades tecnológicas y universitarias.

La falta de coordinación y entendimiento entre las tres instituciones encargadas de la formación de recursos humanos sigue siendo un problema difícil de superar. El MSPAS, por ejemplo, tiene resistencia a utilizar muchos de los recursos de nivel técnico formados en la universidad, como son los tecnólogos, los trabajadores sociales o las enfermeras capacitadas en las escuelas privadas. Por su parte, el Ministerio de Salud sigue formando una gama de recursos humanos de nivel técnico y auxiliar para llenar sus necesidades sentidas.

Desde 1981 se ha iniciado de manera importante, la formación de recursos humanos de salud en centros privados, tanto a nivel universitario, como superior no universitario. La privatización de la educación universitaria, ha sido muy importante en el país. Por una única universidad pública, se han creado en el país 41 universidades privadas. Otras 4 están en proceso de aprobación. Algunos de sus centros dejan mucho que desear, en términos de calidad.

1.2 Evolución de la formación de recursos en los últimos quince años

El conflicto armado que vivió el país por muchos años, asociado a la disminución del gasto público en salud y educación, han generado hechos importantes de destacar como son:

- El ahogamiento económico de la Universidad de El Salvador (sobre todo en la última década), siendo la única universidad pública del país. Esto ha influenciado directamente en el deterioro de su labor docente, de la investigación, así como la dificultad de sostener su patrimonio institucional.
- El cierre de la Universidad de El Salvador ha producido dificultades al Ministerio de Salud, ya que la prestación de servicios en los Puestos y Unidades de Salud, es generalmente brindada por estudiantes de Medicina en Servicio Social y la falta de una producción continua de profesionales ha dejado a muchos servicios desprovistos de atención médica; este fenómeno afectó de manera más importante al área rural del país y a las de más difícil acceso.
- El cierre de las Escuelas de Enfermería del Ministerio de Salud en 1985, por considerarse que existía saturación del mercado, sin tener en cuenta otros factores como la migración por la guerra y las condiciones económicas, el incremento de los establecimientos en el Sector o el envejecimiento de la población laboral, que exige la renovación del personal.

- El incremento del Sector Privado en cuanto a la formación de recursos humanos en salud, en muchos casos, sin un control efectivo de sus currículas y sin el cumplimiento de requisitos mínimos para su funcionamiento. Actualmente estos aspectos son discutidos ampliamente a nivel nacional en razón del estudio del Proyecto de Ley de Educación Superior.
- El deterioro importante de los niveles salariales en la última década con la disminución del poder adquisitivo real del salario en el Sector Público tanto de los recursos humanos que se dedican a la docencia, como de aquellos que trabajan en la prestación directa de servicios (el poder adquisitivo del salario de médicos y enfermeras ha caído en 1/3 y 1/6 de su valor real en 1978). Este fenómeno debe contribuir a la disminución del horario formal de trabajo, al aumento del multiempleo, la baja productividad, la conflictividad laboral y la pérdida de docentes capaces de los establecimientos de enseñanza públicos hacia los establecimientos de enseñanza privados. Estos últimos han tenido un crecimiento importante en los últimos años, sobre todo a nivel de nuevas universidades.

1.3 Formación de recursos humanos críticos para el Sector

Para la atención de la población en los establecimientos de salud, el país ha utilizado básicamente algunos recursos humanos que podríamos considerar críticos, porque en ellos descansa la prestación de servicios a la población. Ellos son: los médicos y odontólogos; las enfermeras graduadas y auxiliares de enfermería; los trabajadores de nivel técnico y auxiliar capacitados en el Ministerio de Salud; y en los últimos años, los promotores de salud y las parteras empíricas, también capacitados dentro del Ministerio.

El análisis de la formación de recursos humanos, deja ver la dificultad que existe para adecuar el tipo de trabajadores que se forman en el país a la utilización de los mismos en los establecimientos de salud. Por ejemplo en los establecimientos del Ministerio de Salud, en ausencia o escasez de personal médico, la atención materno-infantil es tradicionalmente atendida por auxiliares de enfermería y a veces por enfermeras graduadas. Sin embargo la universidad sigue produciendo tecnólogos materno-infantiles, que a pesar de recibir un mejor entrenamiento en el área específica, no son utilizados por el Ministerio de Salud.

El incremento en los cupos de las carreras tradicionales como medicina y odontología, sobre todo con la apertura de universidades privadas y la creación de nuevas carreras técnicas, no han surgido de la identificación de los problemas de salud del país ni de las necesidades percibidas por los usuarios de los recursos humanos del Sector.

En la formación de los recursos humanos uno de los aspectos importantes a analizar es la calidad del proceso de enseñanza-aprendizaje y del producto final que sale de las instituciones de enseñanza. Muchos de los entrevistados, así como comentarios recibidos y ponencias de los participantes en las reuniones de consulta han enfatizado el hecho de que la calidad de la formación de los recursos humanos en salud, en general, es deficiente. Este estudio en particular, no aborda este tema pues no hemos encontrado en el país estudios previos que permitan obtener información al respecto. Hemos revisado las currículas de algunas carreras tanto de instituciones de enseñanza del Sector Público como Privado. Es evidente que esto no permite elaborar conclusiones. Todo lo concerniente a metodologías de enseñanza, capacidad docente, recursos pedagógicos, actualización de currículas y otros, escapan al enfoque de este informe, a pesar de su importancia.

Cuadro No. 1

DISTRIBUCION DE INSTITUCIONES FORMADORAS DE
RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Institución	Status	Profesiones formadas	Promedio anual	Ubicación
Universidad El Salvador	Nacional	Médico Odontólogo Químico Farmaceut. Laboratorista Clínico Salud Materno-infantil Fisioterapista Educ. para la salud Radiotecnólogo Ecotecnólogo Nutricionista Enfermera	225 50 40 30 30 15 20 5 5 2 15 15	Capital Centro Regional Otras ciudades del interior
Universidad Alberto Masferrer	Privada	Médico Odontólogo	40 25	Capital
Universidad Evangélica	Privada	Médico Odontólogo Nutricionista	100 30 15	Capital
Universidad Nueva San Salvador	Privada	Médico	35	Capital
Universidad de Santa Ana	Privada	Médico	25	Reg. Occidental
Ministerio de Salud	Nacional	Enf. auxil. Ins. san. Tec. estad. Promotores	100 35 30 150	Reg. Occidental Capital Capital Varias Regiones
Inst. Tec. F. Nightingale	Privada	Enfermeras auxiliares	50	Capital
Sanidad Militar	Nacional	Enfermeras auxiliares	50	Capital y Reg. Oriental
ISSS	Nacional	Enfermeras auxiliares	40	Capital

Fuente: PASCAP/OPS, *Caracterización de la Situación en Recursos Humanos en Salud*, pág. 22, 1993.

1.4 La formación de enfermería

El Ministerio de Salud Pública ha sido la institución que tradicionalmente ha formado al Personal de Enfermería para todas las instituciones prestadores de servicios del Sector Salud. La formación de enfermeras, se inició en el país desde 1918, creándose la primera Escuela Nacional en San Salvador 1920. Posteriormente se fundan la Escuela de Santa Ana en (1950) y la de San Miguel en (1982), todas dependientes del MSPAS.

Desde 1957, se abrieron cursos para Auxiliares de Enfermería en San Salvador, Santa Ana, San Miguel y San Vicente. En Sonsonate, desde 1979.

La ampliación de la red de servicios prevista en el Convenio GOES/BID 604, en 1978, fue uno de los motivos del incremento de cupos para Enfermeras Graduadas y Auxiliares de Enfermería por parte del Ministerio de Salud, de tal manera que su producción fuera suficiente para cubrir parte del déficit que se venía arrastrando y además dotar a los nuevos establecimientos que se fueran habilitando.

También han formado tradicionalmente personal de enfermería en el país la Sanidad Militar y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), sobretodo por la necesidad de cubrir sus propias demandas, ya que el Ministerio de Salud utiliza generalmente la mayor parte del personal que forma en sus escuelas. Se suma a esto, en los últimos años, el personal formado por las escuelas privadas.

La apertura muy temprana en el país de las Escuelas de Enfermería es uno de los motivos de que prácticamente no existan en los establecimientos de salud, enfermeras sin capacitación o que sólo hayan recibido un *adiestramiento en el servicio*, fenómeno a veces frecuente en otros países latinoamericanos.

Actualmente existen tres niveles de capacitación en el área de enfermería:

- *Lic. en Enfermería*: de nivel universitario, formada en el Sector Público en la Universidad de El Salvador (UES), con 5 años de formación académica. En el Sector Privado, en la Universidad Pedagógica de El Salvador (UPES). En proceso de aprobación en dos universidades más.

La formación de este nivel de enfermeras se inició luego del cierre de las Escuelas Nacionales del Ministerio de Salud, pero la producción anual de graduadas ha sido muy baja. También desde 1989, fue aprobado en la UES, el *Plan Complementario*, para Enfermeras Graduadas de las Escuelas del Ministerio de Salud para quienes deseen acceder al grado de Licenciatura.

- *Enfermera Graduada*: de nivel técnico, recibe 3 años de formación académica y realiza un año de Servicio Social, en los establecimientos del MSPAS. Formada sobre todo, en las Escuelas Nacionales de Enfermería del Ministerio de Salud, y en los últimos años también en Instituciones del Sector Privado. (como la Escuela Superior de Enfermería "Florencia Nightingale").
- *Auxiliares de Enfermería*: de nivel auxiliar, con 1 año de formación académica y 1 año de Servicio Social, también formada sobre todo en los cursos organizados por el MSPAS.

La formación de enfermería por el MSPAS, ha sido siempre muy bien reconocida por todas las instituciones del Sector. Los planes de estudio fueron siempre revisados y actualizados, se ha capacitado al personal docente y se han establecido ajustes de las curriculas en forma permanente y bajo criterios de calidad.

El aspecto que se ha descuidado en la formación de las enfermeras es enfatizar un enfoque más comunitario, menos ligado al trabajo médico y hospitalario, para que su trabajo en el área rural sea mejor aprovechado para la atención primaria de salud. También el hecho de no incorporar como áreas de especialización o como parte importante del contenido curricular, el componente obstétrico, que para un país con porcentaje tan bajo de parto asistido por personal capacitado sería una estrategia muy válida para ampliar la cobertura de las áreas rurales.

En 1985, el Ministerio de Salud suspendió la inscripción de nuevas estudiantes, por el cierre de las Escuelas Superiores y 3 de los 5 Cursos de Auxiliares de Enfermería (de San Salvador, Sonsonate y San Vicente). La medida fue tomada por estimar que la oferta de enfermeras, había excedido la demanda nacional.

Lastimosamente estas estimaciones dejaron de lado algunos elementos importantes como: la situación de guerra y deterioro económico del país, que favoreció la migración hacia el exterior; el incremento de los establecimientos del Sector por aumento de la cobertura que absorbieron un número mayor de recursos humanos, y el envejecimiento y retiro del personal.

Vino a agravar la situación de escasez de personal la implementación del decreto 11/92, de retiro voluntario y congelación de plazas por 5 años, implementada dentro del Proceso de Modernización del Estado. En 1992, se jubilaron 330 Enfermeras, de las cuales 102 eran Enfermeras Graduadas y 228 Auxiliares de Enfermería.

Cuadro No. 2

JUBILACIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA POR REGIONES, MARZO-MAYO 1992

Región	Enfermera Graduada	Auxiliar Enfermería	Total
Occidental	24	64	88
Central	7	16	23
Metropolitana	50	86	136
Paracentral	11	26	37
Oriental	10	36	46
Total	102	228	330

Fuente: MSPAS, Departamento de Personal, "Papel de Enfermería Ante Esta Realidad", Jornada Cultural, mayo 1992.

Este último hecho ha generado la implementación de dos estrategias por parte del Ministerio de Salud para llenar 300 plazas vacantes para 1993:

- Llamar a concurso a 150 enfermeras formadas en el Sector Privado y darles un año de capacitación en servicio.

- Elegir 150 Auxiliares de Enfermería de la institución, que tengan menos de 35 años, con 10 años de experiencia y ficha de comportamiento con buenas calificaciones, para capacitarlas de tal manera a que puedan equipararse a la categoría de Enfermeras Graduadas, con una metodología de educación a distancia de 18 meses de duración, con exoneración del año social.

Estas medidas de emergencia son útiles para paliar el problema de la institución, pero no resuelven el problema de fondo que afecta a todo el Sector Salud.

1.4.1 Recomendaciones sobre la formación de enfermeras

- a) Se debe establecer como una prioridad dentro de las políticas de recursos humanos, la formación de Personal de Enfermería tanto de nivel técnico como auxiliar y buscar estrategias que permitan mejorar su distribución hacia las áreas rurales.
- b) El MSPAS debe coordinar con el Ministerio de Educación el perfil y la calidad de recursos de enfermería que se forman en los institutos privados de enseñanza, en vez de "volver a capacitarlas", evitándose así duplicaciones innecesarias y costosas.
- c) Se debe fortalecer el componente comunitario y de atención obstétrica en las currículas de las instituciones formadoras, tanto de nivel técnico como auxiliar. Por otra parte, como lo hemos señalado anteriormente, se debería formar un nuevo tipo de personal, un auxiliar de obstetricia rural, donde el eje de formación sea la atención del parto y esto permita a su vez un enfoque más orientado a los problemas materno-infantiles.
- d) Finalmente, debe revisar su rol de administrador de las escuelas de formación de recursos humanos y tal vez convertir las actuales escuelas, en centros de enseñanza de recursos humanos en Salud, tanto de nivel técnico como auxiliar, donde se puedan capacitar todos los recursos humanos que se considere necesario para el país. Esto, a su vez plantea, la necesidad de la integración de las Escuelas de Enfermería con la Escuela de Capacitación Sanitaria, lo que podría permitir la creación de un gran centro o instituto de capacitación de recursos humanos en Salud. Esta institución, debería ser un organismo formador, independiente y descentralizado de la administración del MSPAS. Debería contar con un presupuesto propio, un grupo docente estable y con un equipo profesional multidisciplinario.

Esta propuesta probablemente va a ser muy resistida, teniendo en cuenta que el Ministerio de Salud administra sus escuelas desde hace 73 años; no obstante consideramos importante su consideración y análisis.

1.5 La formación de tecnólogos médicos

La Universidad de El Salvador, fue creada en 1841. Desde 1849 quedó organizada la Facultad de Medicina. Dependiente de la Facultad de Medicina inicia sus actividades la Escuela de Tecnología Médica, en 1958, con un programa de dos años para Técnicos en Laboratorio Clínico.

La Universidad del El Salvador ha tenido históricamente muchos enfrentamientos con el Gobierno, ello produjo en algunas oportunidades el cierre de sus aulas y un importante ahogamiento de su financiamiento en los últimos diez años. Esto ha repercutido fundamentalmente en la deserción estudiantil y en el aumento de la matriculación en universidades privadas.

Como producto de esta crisis se produjo también el cierre de la Escuela de Tecnología Médica que nuevamente se reestructuró a partir de 1973. Aquí, nace más por una coyuntura política que por la planificación de una necesidad sentida en el Sector Salud.

La reapertura de la Escuela se produce a raíz de que la Universidad de El Salvador, en esa época, inició una política de "puertas abiertas" lo que produjo un ingreso masivo de estudiantes a la Facultad de Medicina. Se produjeron graves enfrentamientos entre la Universidad y la Facultad de Medicina que culminaron con el cierre de esta última. La Escuela de Tecnología es abierta seguidamente, como una estrategia para distribuir el número excesivo de matriculados en la carrera de medicina.

La creación de este nivel de formación, pretendió ser una alternativa que facilitaría la incorporación de técnicos calificados en los establecimientos de salud, para conformar equipos multidisciplinarios, de menor costo de formación que las carreras tradicionales de nivel universitario.

En realidad, el Ministerio de Salud y la Seguridad Social, siendo ambas instituciones, las que generan mayor número de empleos, prácticamente utilizan muy poco estos recursos. Muchos jóvenes que egresan de las carreras tecnológicas tiene dificultades para conseguir trabajo.

1.5.1 Las diferentes carreras de la Escuela de Tecnología Médica

Actualmente la Facultad de Medicina administra la carrera de Doctorado en Medicina y la Escuela de Tecnología Médica administra 9 carreras. En Licenciatura: Enfermería, Dietología y Nutrición, Laboratorio Clínico, Educación para la Salud, Ecotecnología y Anestesiología. Requieren de 5 años de formación académica. A nivel de Tecnología Médica: Fisioterapia, Salud Materno-Infantil y en Radiotecnología, cuya formación académica requiere de 3 años.

Los alumnos de la Escuela de Tecnología Médica se gradúan a dos niveles: como Licenciados y como Diplomados. Los estudios actuales a nivel de Diplomados, están siendo revisados para ofrecerlos a nivel de Licenciatura. Consideramos que esto podría innecesariamente prolongar las carreras y desalentar aun más a muchos estudiantes que por razones económicas, precisan una inserción laboral relativamente temprana.

El cambio curricular que se inició en 1985, tomó como eje del proceso de enseñanza el trabajo clínico y comunitario, intentando poner en contacto a los alumnos tempranamente con la realidad de las comunidades del país. Sin embargo, aun no se tiene una evaluación del impacto que ha tenido ésta estrategia para modificar la aptitud de los estudiantes a fin de que elijan para trabajar luego de graduarse, las áreas rurales del país.

En las carreras técnicas se ha observado muchas disparidad entre las matrículas y graduaciones, en la mayoría las graduaciones son mínimas y el producto ha sido pobremente utilizado. A manera de ejemplo, en enfermería, recurso humano crítico para el Sector, sólo se han formado hasta julio de 1993, 51 Lic. en Enfermería, con un promedio de 12,54 enfermeras por año, en el período 1990-93 (Cuadro No.4).

Si analizamos el periodo 1983-1993, el promedio anual de graduados que ha producido la Escuela es muy bajo (Cuadro No. 3).

Cuadro No. 3

PROMEDIO ANUAL DE GRADUADOS POR CARRERA EN LA ESCUELA DE
TECNOLOGIA MEDICA, UES. 1983-1993

Carrera	Graduados/año
Lic. Laboratorio Clínico	27,07
Lic. Ecotecnología	1,63
Lic. Dietología y Nutrición	3,45
Lic. Educ. para la Salud	1,09
Tec. Anestesiología	19,45
Tec. Radiotecnología	3,81
Tec. Fisioterapia	14,90
Tec. Materno-infantil	4,63

Nota: Los datos de 1993, corresponden hasta el mes de julio.

Fuente: UES, *Registro Académico de la Facultad de Medicina*, 1993.

Cuadro No. 4

NUMERO DE GRADUADOS DE LA ESCUELA DE TECNOLOGIA MEDICA SEGUN LAS DIFERENTES CARRERAS.
 FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
 PERIODO 1983-1993*

Carrera	Año										
	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Doctorado en Medicina	299	238	59	272	189	189	93	79	132	190	140
Lic. en Laboratorio Clínico	33	23	14	33	62	19	31	25	29	19	10
Ecotecnología	9	1			2				3	3	
Lic. en Dietología y Nutrición			3	3	3			4	16	5	4
Lic. Educ. para la Salud	2				2			1	2	5	
Lic. en Enfermería								3	13	18	17
Tec. Anestesiología	7	3	10	12	18	20	15	35	27	42	25
Tec. Radiotecnología			6			4	4	6	8	10	4
Tec. en Fisioterapia	10	17	11	1	18	22	27	22	20	10	6
Tec. Salud Materno Infantil	3	4	2	4		1	2	13	16	4	2
Total	363	286	105	325	294	225	172	188	266	307	308

* Incluye graduaciones hasta julio 1993.

Fuente: UES, Registro Académico de la Facultad de Medicina, 1993.

Por otra parte, es importante señalar que el número de nuevos estudiantes matriculados, para el año 1993 ha aumentado considerablemente.

Cuadro No. 5

TOTAL DE MATRICULAS POR CARRERA EN
LA ESCUELA DE TECNOLOGIA MEDICA, 1993.

Carrera	Matriculados
Enfermería	181
Fisioterapia	121
Laboratorio Clínico	80
Anestesiología	139
Tec. Materno-infantil	122
Dietología y Nutrición	51
Educación para la Salud	51
Radiotecnología	52
Ecotecnología	62
Total	859

Nota: Los datos corresponden hasta el mes de julio.

Fuente: UES, *Registros Académicos de la Facultad de Medicina*, 1993.

Cuadro No. 6

ESTUDIANTES INSCRITOS EN LAS DIFERENTES CARRERAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA. UES, CICLO I 1993*

Carreras	Antiguo Ingreso	Nuevo Ingreso	Totales
Doctorado en Medicina	3.762	629	4.391
Enfermería	423	181	604
Plan Complementario Enfermería	429	50**	479
Fisioterapia	372	121	493
Laboratorio Clínico	452	80	352
Anestesiología	416	139	555
Salud Materno Infantil	105	122	227
Dietología y Nutrición	68	51	149
Educación para la Salud	52	51	103
Radiotecnología	94	52	146
Ecotecnología	44	62	106
Totales	5.917	1.488	7.435

* Incluye inscripciones hasta julio 1993.

** Información obtenida de la Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería

Fuente: UES, *Registro Académico de la Facultad de Medicina, 1993.*

1.5.2 Propuestas sobre la formación tecnológica

Existen varias razones que dificultan el funcionamiento de la Escuela de Tecnología Médica: la ausencia de presupuesto propio; la necesidad de compartir docentes con la Facultad de Medicina; la necesidad de capacitación de los docentes, los problemas políticos vividos en la última década y la limitación de los recursos humanos, materiales y financieros.

Sin embargo, consideramos que el análisis de las cifras de egresados de la Escuela es un tema importante a ser debatido entre la Universidad, el Ministerio de Salud y demás instituciones utilizadoras potenciales de estos recursos. Esto debe llevar a un replanteo global del funcionamiento de la institución y lo que es más importante, a la revisión en profundidad de las carreras que hoy está ofreciendo al país y la utilidad real de las mismas.

En relación a este último punto creemos interesante aportar algunas consideraciones:

- a) Las carreras de Tecnólogo Materno-Infantil y de Educación para la Salud tienen un perfil que podría ser absorbido por la carrera de Enfermería. Esto sería más útil y mejor aprovechado en los establecimientos de salud del país.
- b) La duración de 5 años para carreras como Lic. en Ecotecnología, Educación para la Salud y Nutrición deberían revisarse, ya que son muy prolongados sobre todo para el país que tiene pocos recursos financieros y donde se deben optar por carreras de menor costo pero mayor impacto.
- c) En relación a la atención del medio ambiente y el estado sanitario de las poblaciones, se puede considerar que es un problema prioritario en el país. Considerando esta situación creemos necesario sugerir la revisión de la formación del actual ecotecnólogo. Debería reducirse la formación a 2 o 3 años y su capacitación debería abarcar principalmente el trabajo con las comunidades, para la utilización de tecnologías apropiadas de bajo costo, que mejoren el medio ambiente y el nivel sanitario (por ejemplo enseñar sobre el tratamiento del agua para consumo, eliminación de residuos líquidos y sólidos y otros). Además, debería trabajar para mejorar la educación de las comunidades y para brindar algunos apoyos técnicos, sobre todo en las áreas rurales, sobre el uso y mantenimiento de los recursos naturales. Esto respondería mejor a las necesidades del país. Esto, por otra parte, significa revisar el perfil profesional de los actuales Ecotecnólogos y los Inspectores de Saneamiento del Ministerio de Salud y establecer cual es el personal de salud que sería más útil para el país en esta área específica y modificar ambas carreras o complementarlas.
- d) Las carreras como Anestesiología, Fisioterapia y Radiología, deberían recibir más apoyo y estímulo, por que son carreras que a menor costo complementan de manera importante el equipo de salud y pueden mejorar la cobertura integral de los establecimientos de las áreas rurales.

1.6 La educación superior universitaria

Las carreras universitarias tradicionales en el país son Medicina y Odontología, luego le siguen Química y Farmacia, Laboratorio Clínico, Psicología, Trabajo Social, Enfermería, Nutrición y Fisioterapia.

La carrera de Medicina se enseña actualmente en el Universidad de el Salvador y 4 universidades privadas: Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer; Universidad Evangélica de El Salvador; Universidad Nueva San Salvador y Universidad Autónoma de Santa Ana.

El currículum de la Carrera de Medicina, comprende 8 años de preparación, donde los últimos años corresponden al Internado y el Servicio Social.

La utilización de estos dos tipos de estudiantes por el Ministerio de Salud para la entrega de servicios en sus establecimientos es muy importante y tradicionalmente se ha dado en respuesta a la escasez de recursos de la institución.

El "interno", presta servicios en los hospitales y recibe remuneración por ello a través de la Ley de Salarios. Lo mismo para el "Médico en Servicio Social". Para 1993, el MSPAS, cuenta con 418 plazas para internos y 240 plazas para Estudiantes en Servicio Social.

La Facultad de Medicina del UES, desde 1978, ha iniciado un cambio curricular que permite a los alumnos un contacto precoz con la comunidad y un mayor acercamiento a la misma.

Sin embargo, es difícil romper con las tendencias en la formación de los médicos, (que se repite en la mayoría de los países) hacia un perfil donde se privilegia lo curativo sobre lo preventivo; el crecimiento progresivo en los últimos años de las especialidades en relación a los médicos generales; la concentración de los médicos en la capital y áreas urbanas y el uso de la tecnología como manera de ganar espacio laboral y mejores remuneraciones en el mercado de trabajo.

No existe en el país, en el Sector Público ni Privado, una Escuela de Especialidades de Post-Grado, ni mecanismos que acrediten y normaticen la Formación de Especialistas. Las Residencias Médicas no garantizan plenamente la formación de especialistas, porque son estructuras piramidales. Eso quiere decir que inician el primer año un número de médicos y los años siguientes, por motivos presupuestarios, disminuyen las plazas y los que pueden terminar dos o tres años de formación es solo un grupo menor de médicos.

Este es un aspecto muy interesante a ser analizado, entre la Universidad y el Ministerio de Salud que hoy esta utilizando estos recursos para la prestación de atención en sus establecimientos. Debería estudiarse la manera en que se puedan combinar estas dos situaciones: por un lado la formación y capacitación de los médicos jóvenes en los programa de internado, servicio social y residencia médica y por otro lado la utilización de los mismos por los establecimientos de salud para la extensión de la cobertura.

Una propuesta a ser analizada sería ofrecer a los médicos jóvenes una pasantía en el área rural de 3 años, con residencia permanente en la comunidad. Luego de cumplido el periodo ofrecer una beca para el estudio de especialidades en la capital. Esto podría ir acompañado de un sistema de incentivos, según las características de las comunidades (por ejemplo distancia de los centros urbanos y la capital, problemas de accesibilidad a la comunidad, condiciones de pobreza, condiciones básicas sanitarias). Estos programas podrían hacerse en forma coordinada con varias facultades, incluso no sólo del Sector Salud, sino también de otras áreas como arquitectura, ingeniería, agronomía, educación, veterinaria, según se estime necesario para las comunidades elegidas.

1.6.1 Distribución de la matrícula y número de egresados en el Sector Público y Privado

En 1991, el total de matriculados en las universidades privadas para la carrera de Medicina fue de 2.049 y en Odontología de 1.684. (Cuadro No. 5).

En la Facultad de Medicina del UES, para 1993 se tiene inscrito un total de 4.391 estudiantes, de los cuales, 629 corresponden a nuevo ingreso (Cuadro No. 6). El número de matriculados ha tenido variaciones importantes en algunos años, por el problema del conflicto armado y por los cierres que ha vivido la Universidad Nacional (Cuadro No. 4). La disminución de las matrículas en 1989 por el problema de la guerra afecto tanto al Sector Público como Privado, sin embargo actualmente se observa un aumento progresivo de las matrículas en el Sector Privado (Cuadro No. 7).

Si comparamos el número de matriculados con el número de egresados de las diferentes facultades, se observa una gran desproporción entre el total de alumnos matriculados en las facultades y el número anual de egresados. Muchos alumnos inician la carrera, pero pocos la concluyen, este fenómeno es importante tanto en el Sector Público como Privado.

Desde el punto de vista de las necesidades del país, sería importante analizar el fenómeno de la gran matriculación en las carreras tradicionales de nivel superior en comparación con las bajas matriculaciones en las carreras de nivel técnico y auxiliar. Debería buscarse estrategias para revertir la proporción existente actualmente.

Esto pasa indiscutiblemente por la coordinación entre las universidades, los Ministerios de Educación y Salud y las instituciones utilizadoras de los recursos humanos para establecer estímulos, promociones hacia las carreras de nivel técnico y auxiliar y sobre todo asegurar a los jóvenes egresados una posibilidad de ingreso al mercado de trabajo.

Cuadro No. 7

ESTUDIANTES MATRICULADOS EN UNIVERSIDADES PRIVADAS POR FACULTAD Y CARRERAS RELACIONADAS AL SECTOR SALUD, 1992

Facultad y Carreras	Total	% pob. total estudiantes
Facultad de Odontología	1.684	3,0
Dr. en Cirugía Dental	1.684	
Facultad de Medicina	2.214	4,0
Lic. en Medicina y Cirugía	2.049	
Dr. en Dietología y Nutrición	116	
Tec. en Fisioterapia	49	
Facultad de Química y Farmacia	396	0,7
Lic. Química y Farmacia	396	
Facultad de Ciencias y Humanidades	17.058	30,7
Lic. Psicología	1.875	
Lic. Trabajo Social	599	
Lic. Enfermería	30	
Tec. en Trabajo Social	11	

* Porcentaje sobre la población total de matriculados en las universidades del Sector Privado para el año 1991. Población total 55.541 matriculados.

Fuente: *Educación Superior en Cifras* Anuario 1991/92. Ministerio de Educación, datos no publicados

Cuadro No. 8

**ESTUDIANTES EN EDUCACION UNIVERSITARIA EN EL SECTOR PRIVADO
POR FACULTAD, 1987-91**

Facultad	Año				
	1987	1988	1989	1990	1991
Medicina	6.936	8.694	1.696	2.220	2.214
Odontología	1.684	2.174	1.333	1.427	1.684
Química y Farmacia	1.250	1.095	279	351	396
Total	9.870	11.963	3.581	3.998	4.294

Fuente: Ministerio de Educación, *Educación Superior en Cifras*, Anuario 1991/92, datos no publicados.

1.6.2 Propuestas sobre la educación superior universitaria

- a) Considerando las necesidades de recursos humanos en salud, que tiene el país, es importante mantener la vinculación de los estudiantes del nivel de internado y servicio social a los establecimientos de atención de salud, sobre todo en las áreas rurales. Esto hace necesario establecer acuerdos entre las instituciones formadoras (facultades de las diferentes carreras) y el Ministerio de Salud, a fin de ofrecer un programa a los estudiantes que les permitan adquirir experiencia y capacitación supervisada y a su vez permita a los establecimientos contar con recursos humanos para aumentar la cobertura de la atención.
- b) Analizar la factibilidad de implementar un Programa de Residencia Rural, donde el médico va a residir en el área rural por 3 años como mínimo, y se forma como médico general o médico de familia, con una formación básica en las 4 clínicas generales (clínica médica, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía). Al finalizar el período luego de un examen de competencia puede optar por hacer una especialidad en los hospitales de mayor complejidad del país.
- c) Crear en el país una Escuela de Post-Grado que reglamente, coordine y supervise la formación de las especialidades de las diferentes carreras universitarias en el país. Actualmente no existen ningún organismo que se ocupen formalmente de la implementación de programas de formación de especialistas, ni existe una reglamentación que acredite y habilite a los profesionales. La Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador tiene elaborado un programa, pero aún no existe nada implementado legalmente.
- d) Buscar estrategias que permitan invertir las tendencias actuales de alta matriculación para las carreras universitarias superiores en relación a las bajas matriculaciones en las carreras de nivel técnico y auxiliar. Esto implica establecer políticas en forma coordinada entre el Ministerio de Educación y Salud a fin de promocionar las carreras técnicas y auxiliares, establecer incentivos que permita atraer a los jóvenes hacia estas carreras y crea plazas para utilizar estos recursos en los establecimientos de atención de salud.

III EL MERCADO DE TRABAJO EN SALUD

1 Disponibilidad y distribución de los recursos humanos críticos del Sector Salud

Uno de los aspectos importantes en el análisis del mercado de trabajo en salud, es conocer la cantidad, composición y distribución de los recursos humanos tanto a nivel de las instituciones que componen la totalidad del Sector, como la distribución por regiones o áreas geográficas, sobre todo cuando se aplican al análisis criterios de prioridad y focalización.

Para El Salvador estos criterios comprenden básicamente los aspectos de la ruralidad, de la localización de zonas de extrema pobreza y malas condiciones en la calidad de vida de las personas, las zonas ex-conflictivas o simplemente aquellas donde algunos índices epidemiológicos hagan necesaria la focalización de la atención y las acciones en salud.

Interesa la distribución por instituciones componentes del Sector Salud, pues El Salvador es un país pequeño, pero con varias instituciones y organizaciones de heterogénea composición. Esto permite que muchos recursos humanos trabajen simultáneamente en varias instituciones, para enfrentar los problemas económicos derivados de políticas de bajas remuneraciones, en varias de las instituciones componentes del Sector.

Hemos recurrido a varias fuentes secundarias en el país, para conocer la distribución de los recursos humanos por regiones o áreas geográficas, pero esa información no está disponible a nivel del país. El Ministerio de Salud debería ser la institución responsable de contar con esa información, pero solo cuenta con información de la propia institución y no de la totalidad del sector.

Otra instancia a la que hemos recurrido son las Juntas de Vigilancia de los Profesionales de Salud, que son los organismos que por ley tienen el mandato de registrar y habilitar a los profesionales a nivel de todo el país. La información con que cuentan son el registro cronológico de los profesionales desde la creación de estos organismos a la fecha. No se tiene registrado al 100% de los profesionales, ni actualizado el número de profesionales fallecidos o la estimación de los que hayan migrado o por otras causas han abandonado el ejercicio de la profesión.

El GIDRUS (con miembros voluntarios del MSPAS, UES, OPS/El Salvador), está finalizando un estudio sobre la determinación de la fuerza de trabajo en el Sector Público de salud. Para la información que hace referencia a la cantidad y distribución de los trabajadores de salud, se han utilizado fuentes secundarias, o sea los registros de las instituciones a estudio. Estas no tienen información actualizada y completa. Además, no abarca la totalidad del Sector sino solamente el Ministerio de Salud y la Universidad de El Salvador.

Por la importancia que reviste poder dimensionar el número real de trabajadores con que cuenta el país, su distribución y composición a nivel geográfico y dentro de las diferentes instituciones del sector, consideramos necesario la realización de un *Censo Nacional de Recursos Humanos del Sector Salud*, que sirva de base a su planificación.

1.1 Distribución de recursos humanos por sectores

El Sector Salud de El Salvador está constituido por una gran diversidad de instituciones, tanto en el Sector Público como privado. En el Sector Público se encuentran las dos más grandes instituciones de salud a nivel nacional: el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el Instituto Salvadoreño del Seguro

Social (ISSS). Las otras instituciones que integran el Sector Público son la Sanidad Militar, y varias entidades del Gobierno Central que cuentan con servicios propios para sus empleados. Los más importantes son: Bienestar Magisterial, ANTEL (Administración Nacional de Telecomunicaciones), ANDA (Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados), CEL (Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa).

En el Sector Privado se encuentran instituciones y organizaciones con y sin fines de lucro. Las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), forman parte del segundo grupo y han tenido un papel protagónico en el país en los últimos años, sobre todo en el área de atención primaria y salud comunitaria.

1.1.1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Si consideramos que el MSPAS es la institución con mayor número de empleos y mayor distribución de infraestructura en todo el país, podemos suponer que la información de la distribución de sus recursos humanos podría acercarnos bastante a la distribución nacional, sobre todo en las áreas rurales. Pero esto también presenta serias dificultades, por la falta de un sistema de información en el área de recursos humanos que pueda ofrecer datos confiables sobre la realidad.

La mayoría de los informes del Ministerio de Salud, se refieren a las plazas de la Ley de Salarios. La Ley de Salarios es la ley que rige para los empleados del Servicio Civil. Registra el número de plazas para cada tipo de profesional y su nivel de salario, pero no se puede considerar que el número de plazas refleje el número de trabajadores. Además existen varias categorías de empleos dentro de la institución como contratos, planillas, patronatos, etc. que por la falta de un buen sistema de información producen distorsiones en los datos.

Aún así, consideramos interesante analizar la distribución de las plazas de los médicos y enfermeras en el MSPAS, pues consideramos nos aproxima de alguna manera a la realidad del país.

Aun así, consideramos interesante analizar la distribución de los recursos humanos con los datos del MSPAS. Se utilizó la distribución de las plazas de los médicos y enfermeras con trazadores a nivel nacional, simplemente por que no tenemos información que abarque todo el Sector, ni todos los tipos de profesionales

Un estudio realizado por el Banco Mundial sobre el Sector Privado está aún en proceso de revisión final. El mismo ha tenido muchas limitaciones por la dificultad para estructurar la muestra de los profesionales. A manera de ejemplo la lista facilitada por la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica ha sido poco útil por que muchas direcciones eran incorrectas: no se podía identificar a los profesionales fallecidos o residentes fuera del país. La muestra se hizo en base a la lista del Colegio Médico que tenía información más confiable en relación a las direcciones. La ubicación geográfica de los médicos fue dificultada por la migración recientemente observada de estos profesionales desde San Salvador a otros departamentos, después de la firma de los acuerdos de paz.

Como en El Salvador no existen instancias a nivel de la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica, ni del Colegio Médico, para la acreditación y control de las especialidades la ubicación de los médicos por especialidades resulta bastante difícil y debe ser vista con mucho cuidado, sea cual sea la fuente de información. Se estima que el estudio abarcó una muestra del 10% del universo de médicos (391 profesionales).

Datos preliminares, aún no publicados, muestran que el 73% de los médicos son de sexo masculino, jóvenes (edad promedio 43 años) y con aproximadamente 14 años de haberse graduado. La mitad de los médicos tienen entre 26 y 42 años de edad. Más del 85% de los encuestados son graduados de la Universidad del El

Salvador y la segunda en importancia es la Universidad Evangélica con el 3,6% de los graduados. La concentración de profesionales que viven en el AMSS es de 66%, de los cuales casi el 49% están en el Departamento de San Salvador. El segundo departamento con más médicos es Santa Ana, con el 9,2% del total. Estos resultados indican que tres cuartos de los profesionales médicos están ubicados en dos departamentos del país.

En relación a los datos recogidos en relación a la infraestructura, se ha observado que los consultorios médicos son bastantes simples, el 73% de ellos tienen apenas un empleado que no tiene necesariamente formación técnica. En realidad menos del 3% de los consultorios tienen enfermeras y menos del 2% un técnico en salud.

Cuadro No. 9

DISTRIBUCION DE PLAZAS POR REGION
MSPAS, 1993

Profesiones	Regiones de Salud										
	Total	Occidental		Central		Metropol.		Paracent.		Oriental	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Médico	2.086	354	16,97	225	10,79	980	46,98	161	7,72	366	17,55
Odontólogo	202	36	17,82	19	9,40	80	39,60	26	12,87	36	17,82
Enfermeras	4.566	852	18,65	411	9,00	1.783	39,04	486	10,64	907	19,86
Inspectores de Saneamiento	263	49	18,63	27	10,26	65	24,71	42	15,96	73	27,75
Personal Administrativo	2.184	252	11,53	104	4,76	472	21,61	240	10,98	313	14,33
Personal obrero y de servicio	2.975	466	15,66	201	6,75	1.199	40,30	248	9,54	580	19,49

Nota: El porcentaje es en relación al total de las Regiones de Salud.

Fuente: *Ley de Salarios* 1993, Depto. Técnico, División de Personal. MSPAS.

Cuadro No. 10

DISTRIBUCION DE PLAZAS DE MEDICOS Y ENFERMERAS EN LAS REGIONES SANITARIAS

Recurso humano/ población	Occidente	Central	Metrop.	Paracentral	Oriente
Superficie: 21.040 km ²	4.488,54 21%	3.669,46 18%	886,15 4%	4.267,33 20%	7.729,31 37%
Población: 5.047.925 hab.	1.066.824 21%	702.698 14%	1.477.766 30%	685.201 13%	1.154.436 22%
Ruralidad:	61%	60%	30%	65%	----
Establecim. Total: 362	85 23,5	60 16,5%	42 12%	66 18,2%	109 29,8%
Médicos: Total: 2.086	354 16,97%	225 10,79%	980 46,98%	161 7,72%	366 17,55%
Enfermeras: Total: 1.537	287 18,24%	169 10,74%	611 38,84%	158 10,04%	284 10,05%
Aux. Enferm.: Total: 2.993	565 18,87%	242 8,08%	1.172 39,15%	328 10,95%	623 22,95%
Médico: 4,32/10.000 hab.	3,31	3,20	6,63	2,34	3,17
Enfermera 3,11/ 10.000 hab.	2,69	2,40	4,13	2,30	2,46
Aux. Enferm. 5,92/10.000 hab.	2,52	3,44	7,93	4,78	5,39

* Plazas Según Ley de Salarios.
Fuente: Memoria 1992-93 MSPAS.
Ley de Salarios.

Según los registros de la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica, a octubre del 1993, existían en el país 4590 médicos, registrados, de los cuales se estima que estarían actualmente en ejercicio entre 2.800 a 3.000 médicos. El registro del Colegio Médico cuenta con 2.758 profesionales, que se estima están en el ejercicio actualmente.

Si consideramos la distribución de las plazas de médicos en el MSPAS, observamos que la Región Metropolitana concentra el 12% de los establecimientos de salud, y el 46,98% de los médicos, y tiene una razón de 6.63 médicos por 10.000 hab. Sin embargo todas las otras regiones mantienen una razón entre 2,34 médicos/10.000 habitantes (Reg. Paracentral) y 3,31 médicos/10.000 hab. (Reg. Occidente).

En todas las regiones la relación entre el número de enfermeras y el número de médicos es muy desfavorable, mostrando los graves problemas que está atravesando el sector de enfermería por la escasez de profesionales a nivel nacional. Prácticamente en todas las regiones, el número de médicos es mayor que el número de enfermeras graduadas. Según la OPS/OMS la relación deseable de personal de enfermería por médico es de 4,5. El análisis de las tasas de enfermeras por 10.000/hab., muestra la gran necesidad de ese recurso a nivel nacional. A excepción de San Salvador con 4,13 enfermeras/10.000 hab.; las otras regiones no sobrepasan una tasa mayor de 2,69 enfermeras /10.000 habitantes.

Hemos recurrido también a un laboratorio de medicamentos que trabaja en el país, que gentilmente ha colaborado para proporcionar datos de su sistema de información. El objetivo es poder estimar el número de médicos que está trabajando en el país y su distribución geográfica y por especialidades. A pesar de que estimamos que puede existir hasta un 5% de duplicaciones (o sea el mismo médico, registrado dos veces), consideramos que la información estaría reflejando la realidad nacional.

En esta fuente de información, se tiene registrado 2.085 médicos, de los cuales, el 60,95% se encuentran en San Salvador y el 39,05% restante, se encuentra distribuido por el país. Las cifras son alarmantes cuando se calcula la razón de médicos por 10.000 habitantes. A excepción de San Salvador con 8,6 y San Miguel con 5,2 médicos/10.000 habitantes; las otras regiones mantienen una razón igual o inferior a 2,7 médicos/10.000 habitantes. Según las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la razón de médicos /10.000 habitantes debería estar cerca a 8 médicos/10.000 hab.

Comparando la información del Ministerio de Salud y del laboratorio de medicamentos, ambos presentan distribuciones aproximadas, lo cual significa que tal vez estas cifras están cerca de los datos reales.

Al observar la distribución de las especialidades llama la atención el número elevado de médicos generales (56%); sin embargo el porcentaje de pediatras es solo 15% y de gineco-obstetras de 12%. Dato relevante para el país con una morbi-mortalidad materna e infantil elevada.

Otro aspecto que llama la atención es el bajo número de médicos cirujanos. Tal vez exista una distorsión en la interpretación de la distribución de especialistas, recordemos que los datos corresponde a un sólo laboratorio.

Cuadro No. 11

DISTRIBUCION DE MEDICOS SEGUN REGIONES, 1993

Regiones/Deptos.	Número de Médicos		
	Total Reg.	Total/Depto.	Razón/10.000 hab.*
Región Occidental	293		2,7
Depto. Ahuachapán		45	1,7
Depto. Santa Ana		130	2,9
Depto. Sonsonate		118	3,3
Región Central	132		1,9
Depto. Chalatenango		19	1,1
Depto. La Libertad		113	2,2
Región Metropolitana	1.271		8,6
Depto. San Salvador		1.271	8,6
Región Paracentral	89		1,3
Depto. Cuscatlán		22	1,3
Depto. La Paz		37	1,5
Depto. Cabañas		17	1,2
Depto. San Vicente		13	1,0
Región Oriental	300		2,7
Depto. Usulután		63	2,0
Depto. San Miguel		199	5,2
Depto. Morazán		5	0,3
Depto. La Unión		33	1,3
Total**	2.085	2.085	

* Calculado en base a la población del censo 1992, Dirección General de Estadísticas y Censos.

** Incluye 16 Odontólogos.

Ver Anexo 1

Fuente: Registros de un laboratorio de medicamentos que trabaja comercialmente el país. El Salvador, 1993.

Cuadro No. 12

DISTRIBUCION DE MEDICOS SEGUN ESPECIALIDADES

Especialidades	No. De Medicos	Porcentaje
Medico General	1.158	56,00
Pediatra	313	15,00
Gineco-Obstetra	254	12,00
Medicina Interna	181	9,00
Ortopedista	36	2,00
Medico Cirujano	22	1,00
Dermatologia	20	0,90
Otorrino-laringologo	17	0,80
Neumologo	14	0,60
Otras Especialidades*	70	2,70
Total	2.085	100,00

* Incluye 10 Odontologos

En este Registro se un laboratorio de medicamentos que trabaja comercialmente en el país. El Salvador, 1993

El cuadro siguiente muestra la distribución por Regiones y Departamentos, según especialidades. Todas las regiones cuentan con médicos generales, también la mayoría cuentan con las especialidades básicas de pediatría y gineco-obstetricia. El poco registro de médicos cirujanos consideramos que se debe más a los criterios de clasificación utilizados por el laboratorio que a una situación real.

En el Departamento de Morazán solo tienen registrados 5 médicos, de los cuales 4 son generales y 1 es pediatra. Esto equivale a una razón de 0,3 médicos/10.000 hab. En los Departamentos de La Unión y Chalatenango solo se tiene registrados médicos generales. La Región Paracentral es la que cuenta con menor número de médicos (89 profesionales), también el MSPAS, le tiene asignado el menor número de plazas (161 plazas, que equivalen al 7,7% del total). También es la región con mayor número de establecimientos sin médicos permanentes. Según un estudio no publicado, el 71,43 % de sus establecimientos, no cuenta con médicos permanentes.

Cuadro No. 13

DISTRIBUCION DE MEDICOS SEGUN REGIONES Y ESPECIALIDADES

Regiones	Especialidad	No. de médicos
Occidental	Médico General	220
	Pediatra	29
	Gineco-Obstetra	14
	Medicina Interna	23
	Otorrino-Laringólogo	1
	Otros	6
Central	Médico General	87
	Pediatra	32
	Gineco-Obstetra	7
	Medicina Interna	5
	Ortopedia	1
Metropolitana	Médico General	579
	Pediatra	208
	Gineco-Obstetra	209
	Medicina Interna	133
	Ortopedia	28
	Otros	114
Paracentral	Médico General	60
	Pediatra	19
	Gineco-Obstetra	5
	Medicina Interna	3
	Otros	2
Oriental	Médico General	212
	Pediatra	25
	Gineco-Obstetra	19
	Medicina Interna	17
	Ortopedia	7
	Médico Cirujano	7
	Otros	13
Total		2,085

Fuente: Registro de un laboratorio de medicamentos que trabaja comercialmente en el país, El Salvador, 1993.

1.1 2 Otras instituciones

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social

El Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS), es la segunda institución más importante del Sector Público; junto al MSPAS, constituyen las instituciones que generan el mayor número de empleos para el Sector Salud del país

Tiene una cobertura del 11.5% de la población total, con 583 613 beneficiarios. Para la atención de salud cuenta con 44 establecimientos y 1 424 camas.

El número total de funcionarios en 1992 era de 9 194, de los cuales 1 476 (16.05%) eran médicos y odontólogos, 2 768 (30.10%) eran técnicos y paramédicos y 4 950 (53.83%) eran personal administrativo y de servicios (Cuadro No. 14)

Estas cifras son importantes de considerar sobre todo ante las quejas frecuentes de los usuarios sobre el elevado número de funcionarios administrativos, poco eficientes, con sistemas burocráticos lentos que generan largas horas de espera y generalmente se acompañan de mal trato y poca calidez de la atención

La atención de salud, en la institución se realiza básicamente con profesional médico-odontológico.

Cuadro No. 14

PERSONAL DE ADMINISTRACION Y SERVICIOS MEDICO-HOSPITALARIOS

Año	Total general	Oficinas administrativas			Servicio médico hospitalario			
		Total	Adm.	Serv	Total	Méd./ Odon.	Tec. Parm.	Serv. Adm.
1956	523	149	127	22	374	104	148	122
1960	650	149	128	21	501	120	198	183
1965	1.004	201	155	46	803	212	308	283
1970	1.959	329	257	72	1.630	323	632	675
1975	3.041	628	514	114	2.413	510	972	931
1980	4.063	844	703	141	3.219	538	1.282	1.399
1985	4.780	1.009	804	205	3.771	734	1.414	1.623
1990	5.781	1.272	1.081	191	4.509	992	1.691	1.826
1992	9.194	1.815	1.226	589	7.379	1.476	2.768	3.135

Fuente: Boletín de Estadísticas, ISSS.

En 1993, el ISSS tenían con 1.386 médicos, 571 enfermeras y 1.228 auxiliares de enfermería. Del total, el 66,81% de los médicos, el 67,60% de las enfermeras y el 67,42% de las auxiliares de enfermería trabajaban en la Región Metropolitana.

La alta concentración de establecimientos y personal de salud concentrada en la región Metropolitana y otras urbanas, responden principalmente a la distribución de los beneficiarios que en el área rural se encuentran en menor proporción.

Entre las dos instituciones más importantes del Sector Público, el ISSS ofrece mejores niveles salariales a los profesionales, y los recursos de apoyo para el diagnóstico y tratamiento, medicamentos, equipos, constituyen también un mejor estímulo para los profesionales. No se tiene datos sobre el número de médicos que hoy este trabajando simultáneamente en varias instituciones, pero se estima que el nivel del multiempleo pasa sobre todo por la seguridad social (ISSS y otros), el MSPAS y el Sector Privado.

Cuadro No. 15

DISTRIBUCION DE RECURSOS HUMANOS SEGUN CATEGORIAS,
REGIONES Y CENTROS DE ATENCION

Región	Categorías				
	Méd.	Enfer.	Aux. Enfer.	Tec. Farm.	Tec. Labot.
Metropolitana	926	386	828	149	185
Central	107	36	77	32	6
Occidental	223	51	191	37	25
Oriental	130	98	132	29	20
Total	1 386	571	1 228	247	236

Fuente: ISSS, *Información recolectada de los Centros de Atención y Coordinación*, 1993

Bienestar Magisterial

Bienestar Magisterial nace como un Departamento que otorgaba algunas prestaciones médicas a los maestros en 1968, en respuesta a la presión gremial. No tiene establecimientos de atención propios, contrata servicios y profesionales directamente del Sector Privado y cubre aproximadamente 140.000 beneficiarios, lo que equivale un 2,8% de la población.

Depende presupuestariamente del Ministerio de Educación, lo que hace que el sistema cuente con poco recursos, y que el pago a los servicios sea lento y demorado. Esto genera poco estímulo para los profesionales que trabajan con la institución. El número de profesionales inscritos no es muy elevado. Los contratos se hacen con cada profesional y se establece un arancel para las consultas y los otros actos médicos. El nivel de remuneración es bajo comparativamente a otras instituciones del sector.

Actualmente cuenta con 214 médicos inscritos al Seguro, 12 odontólogos, 5 psicólogos, 12 técnicos anestésistas y 2 terapeutas respiratorios.

Cuadro No. 16

DISTRIBUCION DE MEDICOS SEGUN ESPECIALIDADES

Médicos	Número	% sobre el total
General	94	44
Ginecólogo	26	12
Pediatra	15	7
Cirujano	16	7
Internista	4	2
Especialistas	59	28
Total	214	100

Fuente: *Departamento de Planificación, Bienestar Magisterial, 1993.*

Administración Nacional de Telecomunicaciones

La Administración de Telecomunicaciones (ANTEL), cuenta con 8 establecimientos con una capacidad de 83 camas y 406 funcionarios para una cobertura de 45.000 beneficiarios, que corresponde al 0,9% de la población total.

El sistema de contratación de los médicos es por hora, como en el MSPAS y el ISSS, donde llama la atención que los médicos de consulta general son contratados en su mayoría en regímenes de 2 horas y los especialistas en 4 horas; cuando debería ser lo inverso. Además el número de horas contratadas para consulta general es tres veces menor que para las especialidades.

Cuadro No 17

DISTRIBUCION DE MEDICOS SEGUN HORAS CONTRATADAS

Médicos	Número	Horas contratadas	Total horas contratadas
Consulta general	5	4	20
	16	2	32
Especialidades	50	4	200
	1	2	2
Residentes	14	TC*	112
Clinicas departamentales	8	4	32
Total medicos	94		398
Odontologia	5	4	20
Enfermeras Graduadas	35	TC	280
Enfermeras Auxiliares	71	TC	568

* TC Tiempo Completo

Fuente: Departamento de Informática, ANTEL, 1993

Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa

La Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa (CEL), tiene una cobertura aproximadamente de 15.400 beneficiarios, que correspondería al 0,3% de la población total

El Seguro cuenta con 15 clínicas de atención general y pediátrica. Para otras prestaciones contrata al Sector Privado donde existe una lista abierta de 500 médicos aproximadamente. También atención odontológica.

Para sus establecimientos cuenta con 46 médicos de plantel, 1 Lic. en enfermería, 4 enfermeras graduadas y 23 enfermeras auxiliares, además una psicóloga

Es una de las pocas instituciones del sector que realizan auditorías médicas, incluso tienen antecedentes de haber sancionado a profesionales según los hallazgos encontrados

Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados

La Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA), tiene una cobertura aproximada de 10.500 beneficiarios, que están incorporados al ISSS. Pero, además cuenta con algunos servicios para sus empleados en 6 clínicas de atención ambulatoria con atención de medicina general y pediatría. Más que un sistema de seguro médico, es una organización paralela a la atención del ISSS, a fin de hacer más accesible la atención a los empleados

Sector Privado y seguros médicos

El Sector Privado en salud en El Salvador puede agruparse en sector con y sin fines de lucro. En la primera entran todas las clínicas, sanatorios, consultorios de atención, incluyendo seguros médicos. En segundo lugar se encuentran las ONGs, que en el país han tenido un desarrollo importante y que el mismo se ha incrementado aún más en los últimos años.

Sobre el sector privado lucrativo se cuenta con poca información para su análisis. Según el Estudio Nacional sobre Demanda de Atención (REACH/USAID, 1989) de las atenciones ambulatorias, el 45% se realizan en el Sector Privado, sin embargo en la atención hospitalaria sólo atiende el 9%.

Las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) constituyen un elemento importante dentro del sistema de atención de salud del país, el cual asciende 200 según estimaciones. De ese total 90 (45%) estarían trabajando en salud y 50 (55,5%) en salud comunitaria. Varias ONGs ya están trabajando bajo una coordinación común como por ejemplo: PROSAMI (Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil) que agrupa a 36 organizaciones; CISI (Comité Intersectorial de Supervivencia Infantil) que agrupa 30 organizaciones; CIPHES (Coordinadora Interinstitucional de Promoción Humana de El Salvador) y otros. La presencia de las ONGs en el país, tanto de derecha como de izquierda ha dado una experiencia muy interesante, sobre todo en lo que se refiere a atención primaria de salud y salud comunitaria, con la estrategia de la formación de promotores de salud para cubrir áreas críticas como lo son los problemas materno-infantiles, las enfermedades infecciosas y los problemas sanitarios de agua y saneamiento.

El gran dilema por el que atraviesan ahora estas organizaciones es definir mecanismos de coordinación entre ellas y con el Sector Público; y la necesidad de encontrar mecanismos de autofinanciamiento, ya que la mayoría recibe financiamiento de organizaciones internacionales que no garantizan una continuidad del proyecto.

1.2 Discusión y propuestas

Los problemas más graves en el mercado de trabajo, son la mala distribución de los recursos humanos críticos del Sector, es decir los médicos y las enfermeras en las áreas rurales del país. Volvemos a enfatizar aquí sobre la importancia de una *Encuesta Nacional de Recursos Humanos en Salud*, que permita conocer realmente la distribución de la fuerza de trabajo del Sector y permita dimensionar el problema.

Las estrategias de solución deben analizar un gran número de factores que determinan la complejidad de este fenómeno como son: los bajos salarios y la falta de otros incentivos y remuneraciones; la falta de recursos en los establecimientos de atención que desalienta al personal de salud a seguir trabajando y generalmente contribuye a la mala calidad de la prestación que se observa cada vez más en el Sector Público.

No conocemos la situación de subempleo y/o pluriempleo en el país. Pero las políticas de las instituciones de contrataciones por pocas horas con bajos salarios es muy factible que esté generando situaciones que hacen que los profesionales estén rotando por varios servicios para mejorar sus ingresos.

En el caso del personal de enfermería debido a la escasez de este recurso humano, muchas trabajan doble turno a pesar del desgaste que ello significa, en consecuencia, esta situación tiene mucha influencia en las posibilidades de un buen desempeño laboral y en la calidad de atención que puedan brindar a los usuarios de los servicios de salud.

La regulación del mercado de trabajo pasa principalmente por cambios en las políticas de recursos humanos, que pueden elaborarse dentro del consenso de todas las instituciones más importantes del área de formación y utilización de recursos humanos, y sean acompañados de decisiones políticas de las instituciones. Estas políticas ya las hemos enunciado anteriormente.

- a) Priorizar la formación y capacitación de los recursos de nivel técnico y auxiliar que a menor costo en tiempo y recursos, puedan mejorar la extensión de la cobertura y modificar el patrón cultural de la atención de salud en el país bajo el modelo médico predominante
- b) Mejorar el nivel salarial del personal de salud y los sistemas de incentivos; acompañar de sistemas de administración de personal más flexibles que permita estimular o remover al personal según las condiciones de su desempeño.
- c) Dimensionar el aporte que está recibiendo el Sector Salud de grupos de trabajadores informales, como curanderos, yerberos, parteras empíricas y otros, a fin de que su incorporación bajo políticas de capacitación y supervisión, puedan contribuir para algunos programas prioritarios como el de la atención materno-infantil.
- d) Estudiar todas las alternativas que puedan permitir en el país descentralizar las acciones de atención primaria, como por ejemplo municipalización de la atención, utilización de las ONGs, organizaciones de tipo cooperativas, SIIOS y otros dependiendo de las posibilidades de cada una de las comunidades.

Ya existe en el país la experiencia de varios de estos sistemas trabajando en algunas comunidades en el área de atención primaria. Ese patrón de diversidad en la atención de salud es un modelo que debe mantenerse para ayudar a una verdadera descentralización de la atención y pueda generar situaciones sanas de competitividad. La posibilidad de administrar recursos humanos dentro de estos modelos de atención es siempre más eficiente

- e) Es difícil plantear recomendaciones puntuales que permitan modificar ampliamente las condiciones del mercado de trabajo, pues los factores que influyen son multicausales; de todos modos las recomendaciones generales discutidas en los capítulos de planificación, formación y administración de los recursos humanos en este trabajo, son aportes parciales que pueden contribuir a mejorar las condiciones de trabajo del Sector Salud en el país.

IV ADMINISTRACION DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR PUBLICO

El Ministerio de Salud Pública es la institución con mayor población laboral de todo el Sector Salud y cubre todas las regiones del país; esto determina una alta complejidad organizativa y administrativa y le exige contar con mecanismos que le permitan agilizar, ordenar y resolver los principales problemas de funcionamiento a fin de proveer servicios a la población dentro de los mejores límites de eficiencia, eficacia y calidad.

La segunda institución en el Sector Público es el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), con una cobertura estimada del 11.5% del total del país y que cuenta actualmente con 9.194 empleados, de los cuales 7.000 aproximadamente, corresponderían al Sector Salud.

La administración del personal del MSPAS tiene que organizar para 1993, 21.253 plazas de empleados, distribuidos en 362 establecimientos de diferentes niveles de complejidad y funciones.

Estas cifras proporcionan de manera global la dimensión del problema que enfrentan las instituciones públicas en el proceso de administración, gestión, utilización, control y desarrollo de sus recursos humanos.

1 Principales categorías de recursos humanos

Para la entrega de atención directa de salud a la población, el MSPAS utiliza 6 recursos humanos básicos: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, tecnólogos, promotores de salud y parteras empíricas.

Médicos

Los médicos junto a los odontólogos son los que tradicionalmente proveen la atención directa en los establecimientos. La expansión de los servicios y la necesidad de aumentar la cobertura hizo necesario utilizar otros recursos humanos. Unos formados en el sistema educativo formal como enfermeras y tecnólogos; otros son personas de la comunidad adiestradas en la institución como los promotores de salud y las parteras empíricas.

Enfermeras

El personal de enfermería es el segundo recurso humano en importancia para la entrega de atención a la población. El cierre de las escuelas de formación en 1985, la emigración hacia otros países, así como el crecimiento de las otras instituciones del sector absorbiendo personal, han generado un desequilibrio importante entre la oferta y demanda de este personal de salud. En 1992 realizaron el 17.3% del total de las atenciones ambulatorias registradas en el Ministerio de Salud. Esta cifra viene disminuyendo permanentemente desde 1989 en que fue de 19.7%.

Promotores

Los actualmente denominados *promotores de salud* en el MSPAS, nacen de la integración de diferentes grupos de agentes primarios de atención comunitaria que trabajaban en la institución desde el año 1976. En 1989, el MSPAS contaba con 255 ayudantes rurales de salud, 264 ayudantes comunitarios de salud y 60 ayudantes comunitarios (HOPE), cada uno de ellos con objetivos, líneas de trabajo y sistemas de información diferentes. La integración de todos estos grupos constituyen actualmente los promotores de salud, en base a un nuevo programa de capacitación y supervisión.

De 579 promotores que existía en 1989, se cuenta para 1993 con 1182 promotores lo que significó un incremento anual; para 1991 del 17,27%; para 1992 del 46,09%; para 1993 del 19,15% y el estimado para 1994 sería de 47,37%

Parteras empíricas

El alto porcentaje de los médicos en las centros hospitalarios y la ausencia de escuelas formadoras de parteras de nivel técnico en el país, sumado a las tradiciones culturales de la población y los graves problemas de accesibilidad para la atención de salud en los establecimientos, ha hecho necesario el adiestramiento de parteras empíricas. Ellas realizan el control de embarazadas, la atención del parto y el puerperio, la atención de recién nacidos y niños menores de 5 años y atenciones en planificación familiar.

En 1992, realizaron el 4,5% del total de las atenciones registradas en el Ministerio de Salud. El incremento del número de atenciones desde 1987 a 1992 ha sido del 53% (Cuadro No. 23).

Según FESAL-93, la cobertura del parto por lugar de atención muestra que el MSPAS y el ISSS tienen una cobertura de 38,1% y 9,7% respectivamente; el Sector Privado sólo 3,2% y el 49% se hace fuera de establecimientos de salud. La partera realiza en su casa el 1,7%; el parto domiciliario con la partera es el 34,7%

Cuadro No. 18

ATENCIONES DE PARTERAS EMPIRICAS. MSPAS. PERIODO 1987-1992

Años	Total de atenciones	% de incremento anual
1987	148.230	
1988	177.207	19,54
1989	214.843	21,23
1990	252.750	17,64
1991	284.762	12,66
1992*	226.506	-20,45

* Datos obtenidos en la Memoria 1992-93, MSPAS
Fuente: MSPAS, *Salud Pública en Cifras*, 1993

Tecnologos

Existe también un grupo importante de personal de salud que trabajan como técnicos y auxiliares, la mayoría de ellos capacitados o adiestrados en la institución, que tienen una gran importancia para apoyar al equipo de salud. Puede considerarse sin embargo, que con excepción del personal de enfermería, los promotores de salud y los inspectores de saneamiento, los demás trabajadores son el grupo menos conocido y analizado a nivel institucional

El único personal de salud que colabora gratuitamente con la institución es el voluntario del Programa de Malaria, que es calificado como un recurso responsable y eficiente, lo que ha permitido que el programa tenga un gran impacto a nivel nacional.

Un estudio aún no publicado y realizado por el Ministerio de Salud (MSPAS), la Universidad de El Salvador (UES) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la determinación de la fuerza de trabajo en el Sector Público en El Salvador, muestra la distribución de las categorías ocupacionales dentro del Ministerio de Salud para el año 1992. En los datos que aquí se presentan, están incluidos sólo el personal dependiente de las Regiones Sanitarias.

El estudio diferencia cuatro categorías básicas de personal de salud:

- a) Universitarios, que comprenden: Médicos, Odontólogos, Químico-Farmacéuticos, Ingenieros Sanitarios, Lic. en Laboratorio Clínico, Lic. en Nutrición, Lic. en Enfermería, Lic. en Psicología, Lic. en Educación para la Salud y otros.
- b) Técnicos "A", que comprenden el personal de nivel técnico universitario: Diplomado en Enfermería, Tecnólogos en: Fisioterapia, Laboratorio Clínico, Materno-infantil, Radiología, Anestesia y otros.
- c) Técnicos "B", que comprenden al personal no universitario: Enfermera, Técnico en Rayos X, Anestesia, Laboratorio Clínico, Fisioterapia, Educación para la Salud, Trabajadora Social y otros.
- d) Auxiliares: auxiliares de enfermería, auxiliar dietista, microscopista, evaluador de malaria, inspector de saneamiento, técnico en estadísticas y documentos médicos, promotor de salud y otros.

El personal clasificado como técnico "B" y auxiliar, constituyen el 69,9% del personal de salud. Sin embargo, a excepción de promotores y enfermeras, es el menos considerado en las políticas sobre recursos humanos para la extensión de cobertura y el mejoramiento de la accesibilidad a los servicios. El técnico "A", capacitado en las universidades, que tienen un alto costo para su formación, prácticamente no es considerado hasta el momento por el Ministerio como un recurso válido para ser incorporado, ocupando solamente el 2,0% de las plazas.

Cuadro No. 19

**DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE SALUD EN LAS REGIONES
POR CATEGORIAS OCUPACIONALES (A junio de 1992)****

Categorías ocupacionales *	Ministerio de Salud	
	Total	Porcentaje
Universitaria	2.111	28,1
Técnico "A"	155	2,0
Técnico "B"	1.464	19,5
Auxiliar	3.773	50,4
Total	7.503	100,0

* Incluye al personal que brinda atención directa e indirecta y corresponde a la Ley de Salarios. No incluye otras categorías de contratación, ni personal administrativo.

** Datos no publicados, la interpretación es responsabilidad del autor.

Fuente: *Determinación de la Fuerza de Trabajo en el Sector Público de El Salvador* (MSPAS, U.F.S., OPS), 1992. Datos obtenidos de la Unidad de Personal a nivel de Regiones Sanitarias del MSPAS (cuestionario no. 1 y 2).

2 El sistema de empleo

2.1 Las categorías de empleos

Los empleados de MSPAS pueden ser clasificados principalmente en 3 diferentes categorías de acuerdo a la fuente de su financiamiento, a las características de los vínculos laborales de sus contratos y a los beneficios que reciben.

Funcionarios por Ley de Salarios

La gran mayoría de empleados pertenecen al Servicio Civil y se rigen por la Ley de Salarios, han constituido siempre la proporción mayor de plazas de empleos, sin embargo se observa una disminución de la misma en los últimos años, así en 1989 constituía el 85% de las plazas, en 1991 el 83% y para 1993 el 79%³.

Posiblemente esta disminución para 1993 tenga alguna relación con la implementación del Decreto No. 11/92, donde se permitió el retiro voluntario, sin límites de edad, de funcionarios que cumplieron como mínimo 12 años de servicio. No se ha podido conocer el análisis del impacto de esta medida, pero todas las personas entrevistadas opinaron que ha sido negativo para la institución, ya que aproximadamente 2.000 funcionarios, se acogieron a este beneficio y en un alto porcentaje, estimado entre 40 y 50%, fueron personal médico y paramédico y funcionarios de mucha experiencia y capacitación. Esto obligó además, a que muchos funcionarios fueran contratados de nuevo en la institución, dando como resultado un gasto innecesario para el Estado.

³ Ley de Salarios, 1989-91-93.

El principal beneficio que ofrece la Ley de Salarios es la estabilidad laboral del funcionario (Ley del Servicio Civil), otros beneficios son el aguinaldo, el seguro médico y de vida y el sistema de pensionado, a través del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP).

La mayor dificultad que ofrece la Ley del Servicio Civil es la alta centralización y burocratización para la administración del personal, además de carecer de instrumentos más modernos que permitan mayor flexibilidad en la gestión.

Funcionarios contratados y jornaleros

El segundo grupo de empleados se rige por el sistema de contratos y planilla de jornales, que para 1993 constituyen el 7% y 10% respectivamente. En estas categorías, la vinculación se establece en acuerdo de voluntades, sin obligación de ninguna de las partes, dando condiciones de poca estabilidad laboral.

Funcionarios por patronatos

El fondo de actividades especiales que recauda ingresos a través de los patronatos en los establecimientos hospitalarios es una tercera fuente de contratación del personal de salud y no está muy claramente definido el marco legal que lo reglamenta.

Esto por supuesto determina los pocos beneficios laborales con que cuentan e incluso las menores asignaciones que reciben en relación a las otras categorías de empleados (Cuadro No. 20).

Actualmente el MSPAS recibe también de algunas organizaciones internacionales, como por ejemplo el Proyecto con el Banco Mundial, recursos financieros para el pago de salarios de 114 funcionarios que están trabajando en las áreas ex-conflictivas y de condiciones críticas de pobreza y salud. Otro ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) financia los salarios de todos los funcionarios que trabajan en el laboratorio del Programa de SIDA. Está establecido que estos recursos serán absorbidos por el Gobierno Nacional próximamente y es importante su consideración ya que corresponden a recursos humanos que están trabajando en programas prioritarios de la institución.

Cuadro No. 20

TIPO DE CONTRATACION DEL PERSONAL DE SALUD
SEGUN CATEGORIAS DE EMPLEOS

Cantidad	Ley de Salarios	Contrato	Jornales	Patronato	Org. Internac*	Total
Total	16.756	1.520	2.139	732	106	21.253
%	79	7	10	3	0,5	100,0

* No incluye las contrataciones del Banco Mundial
Fuente: MSPAS. Memoria 1992-93

No existe actualmente en la institución un sistema de información que concentre todos estos niveles diferentes de contratación lo que dificulta conocer el estado actual de la cantidad y distribución de los recursos humanos. Se ha realizado un censo de personal, pero una parte importante de los datos aún se encuentra en registros

manuales. Las planillas de pago son otra fuente de información, pero muchos funcionarios trabajan en establecimientos diferentes a los cuales fueron nombrados.

Todos estos factores señalados anteriormente, hacen imposible estimar con precisión el número de recursos humanos existentes en la institución, así como su distribución y la evaluación de la productividad en los servicios.

La mayoría de la información publicada sobre cantidad y distribución de personal del Ministerio de Salud, hace referencia a las plazas de la Ley de Salarios. Es importante aclarar que esta información debe ser analizada con cuidado pues distorsiona la realidad, sobre todo en lo que hace referencia a médicos y enfermeras.

Primero por que son plazas de empleos y no número de funcionarios contratados. Las plazas pueden no estar ocupadas y se desconoce el número de plazas vacantes, segundo, por la escasez de personal de enfermería, muchas son contratadas para trabajar dos turnos. Un tercer factor a considerar es el caso de médicos y odontólogos, ellos son contratados por horas/médico, que van desde 2hrs/diarias hasta tiempo completo (8hrs/diarias). Existen un alto porcentaje de contratación por 2hrs, esto eleva de manera importante el número de plazas para cubrir las necesidades de los servicios. Es posible también que algunas plazas de 2hrs diarias estén cumpliendo la función de complementación de salarios para algunos médicos.

2.2 Contratación de médicos a tiempo parcial

El análisis de las plazas de médicos por horas/contratadas muestra datos muy interesantes. El número de plazas por 2hrs/médico contratada en las Regiones de Salud ha sido en 1990 de 310 plazas y 1993 de 690 plazas, lo que indica un incremento del 122,58%

Para 1993 el número de plazas de médicos por 2hrs/día constituye el 56% del total de plazas de médicos contratadas por la institución. Las plazas por 4hrs y tiempo completo constituyen el 8% y 4%, respectivamente, para un total de plazas de 2 086 plazas (Cuadros No. 21 y No. 22). En cambio para los hospitales el incremento de plazas ha sido mucho menor. El incremento total de plazas en los Hospitales entre 1990 y 1993 ha sido del 7,6%.

Cuadro No. 21

DISTRIBUCION DE PLAZAS SEGUN CATEGORIAS DE MEDICOS Y HORAS MEDICOS CONTRATADAS EN LAS REGIONES SANITARIAS, MSPAS, 1993*

Méd.	Occ. 90 - 93	Metrop. 90 - 93	Centro 90 - 93	Parac. 90 - 93	Orient. 90 - 93	Total 90 - 93
Res.*		- 1		9 - 9	6 - 15	15 - 25
TC*	7 - 9	6 - 6	6 - 9	7 - 9	10 - 16	36 - 49
6 hrs.	- 1	2 - 2	- 3	- 7	- 7	2 - 20
5 hrs.		2 - 2				2 - 2
4 hrs.	2 -	10 - 10	1 - 1	4 - 4	5 - 1	22 - 16
2 hrs.	57 - 104	140 - 374	27 - 95	32 - 10	54 - 107	310 - 690
Int.*	101 - 91	171 - 191	30 - 31	60 - 73	56 - 56	418 - 420
Total	167 - 215	331 - 566	64 - 138	112 - 99	131 - 202	805 - 1220

* Ley de Salarios 1993.

Nota: Algunas cifras parciales no corresponden a las cifras publicadas por el MSPAS, tal vez los criterios utilizados no fueron los mismos. El número total de plazas de médicos es de 2 086.

Fuente: *Ley de Salarios 1993.*

Cuadro No. 22

**DISTRIBUCION DE PLAZAS SEGUN CATEGORIAS DE MEDICOS Y HORAS MEDICOS
CONTRATADAS EN LOS HOSPITALES Y MSPAS, 1993***

Médicos	1990		1993	
	Número	Hrs. contrat.	Número	Hrs. Contrat.
TC**	14	112	37	296
6 horas	9	54	23	138
5 horas	1	5	1	5
4 horas	146	584	159	636
2 horas	524	1.048	499	998
Residente	306	2.448	357	2.856
Total	1.000	4.251	1.076	4.929

* Ley de Salarios 1993

** TC: Tiempo completo

Nota: Algunas cifras parciales no corresponden a las cifras publicadas por el MSPAS, tal vez los criterios utilizados no fueron los mismos

Fuente: Ley de Salarios 1993

En el Cuadro No. 22 se observa la distribución de las horas médicas contratadas, según los diferentes vínculos de contratación (tiempo completo, 2hrs, 4hrs, etc). Si se excluyen las plazas del nivel central, los médicos residentes y de servicio social, con el fin de conocer el número de horas/médico, contratada de médicos de mayor experiencia con que cuentan los hospitales, resulta que el 48% de las horas contratadas son de 2hrs/médico diarias, el 31% son de 4hrs, el 14% de tiempo completo y otras horas parciales el 7%.

El sistema de vínculo laboral por horas/médicos contratadas, es un sistema muy frecuente utilizado en el país, por la mayoría de las instituciones del Sector Salud. El tema merece ser estudiado profundamente para conocer por ejemplo si condiciona negativamente la productividad y calidad de los servicios.

Generalmente se suele favorecer este sistema para la contratación de especialistas, o para establecimientos muy pequeños donde se puede concentrar las consultas a pocas horas. De todas maneras el límite mínimo aconsejado es de 4hrs/diarias y para la atención hospitalaria de 6hrs y 8hrs si ello es posible.

2.3 Normativas para el proceso de gestión

2.3.1 Normas existentes y procesos de reforma en curso

Todo el proceso de administración de personal, el marco legal que lo regula y los instrumentos necesarios para su gestión y control son motivo de estudio actualmente tanto a nivel del propio Ministerio de Salud como de

todo el Sector Público, dentro del proceso de modernización del Estado, que lidera y coordina el Ministerio de Planificación (MIPLAN).

MIPLAN está elaborando una Propuesta para la creación del Sistema de Administración de recursos humanos para el Sector Público de El Salvador. Esta se basa en cuatro ejes fundamentales de reforma:

- a) La creación de una Dirección Ejecutiva del Servicio Civil con responsabilidad de ejercer la dirección del Sistema y poner en marcha una Carrera Administrativa, con un nuevo sistema de clasificación y valoración de puestos.
- b) La formación de un Consejo Nacional de Servicio Civil, como asistencia consultiva en materia de Políticas de recursos humanos.
- c) La conversión de las Unidades o Departamentos de Personal en Gerencias de recursos humanos a nivel de Direcciones.
- d) La adscripción del Tribunal del Servicio Civil al Poder Judicial.

Desde 1990, el MSPAS cuenta con un Manual de Personal donde por primera vez se establecen con claridad las instancias responsables de las políticas de administración de personal para la institución y organiza los subsistemas de reclutamiento y selección, evaluación de personal, nombramientos, inducción, registro, control y disciplina. Por otra parte permite el inicio de un proceso de desconcentración hacia los departamentos de personal en las regiones y establecimientos de salud para que los mismos puedan localmente implementar el sistema de reclutamiento y selección de personal.

Existen dos aspectos que dificultan la implementación de dicha reglamentación. Por un lado, la falta de recursos con que cuenta la propia División de Personal y los Departamentos de Personal distribuidos en las regiones y establecimientos hospitalarios. No existe un sistema de información que proporcione insumos de toda la institución, con sus diferentes categorías de empleados y en forma permanente, actualizada y oportuna. Por otro, la falta de capacitación del personal para acompañar este nuevo proceso.

El nuevo sistema de gerenciamiento de los recursos humanos del MSPAS, si bien es un paso en la dirección correcta, puede representar una consolidación de la situación existente. En la medida que esta no es la deseada el Manual de Personal puede volver más rígida una estructura de personal poco efectiva y eficiente⁴.

La organización y el funcionamiento de los establecimientos del Ministerio de Salud tienen un modelo de atención y patrones de utilización poco eficientes. Por lo tanto, los instrumentos para la administración del personal como manuales, clasificaciones de puestos y funciones, reglamentos internos, etc., desarrollados sobre esa base, corren el riesgo de "normatizar las deficiencias existentes" y por lo tanto obstaculizar los cambios en el funcionamiento de los establecimientos

Actualmente se encuentran en etapa de finalización una serie de instrumentos que reglamentarán un sistema de carrera funcionaria para los trabajadores de la institución con un sistema escalafonario de puestos y salarios. No hemos tenido acceso directo a estos documentos, pero consideramos que esta propuesta puede tener mayor

⁴ Prieto Cynthia y otro, *Sistema de Salud*, ANSAI-94.

validez para la administración central y regional de la institución, aunque no tanto para los establecimientos que prestan servicios directos a la población⁴.

2.3.2 Principios a considerar en la reforma del gerenciamiento del personal

Los establecimientos de salud deberían tener en la actualidad un modelo de organización y funcionamiento en respuesta a un modelo de atención eficiente y eficaz para la población usuaria de los servicios. Esto exige que la administración del personal sea flexible, menos burocrática y rígida y sobre todo que las decisiones estén cerca de los administradores que dirigen los establecimientos. La carrera funcionaria de las administraciones centrales del gobierno se convierten en "chalecos de fuerza" para los administradores de los niveles operativos que prestan servicios al usuario.

La formulación de políticas para la administración de personal debe contemplar prioritariamente a nivel institucional algunos elementos que consideramos importante destacar:

- una reestructuración de la organización y funcionamiento de los establecimientos de salud, y no simplemente normatizar la estructura actualmente vigente
- la utilización de modelos descentralizados de administración y gestión, donde el nivel central normatiza y supervisa y las administraciones locales que prestan servicios a los usuarios, toman decisiones de acuerdo a sus necesidades. Esto requiere sobretodo de un cambio importante en la cultura organizacional.
- énfasis principalmente en las políticas de salarios y otros tipos de remuneración y estímulos, en los sistemas de evaluación, auditoría y supervisión, que son los puntos más críticos a nivel de la institución.
- incorporación de aspectos de modernización organizacional como liderazgo, motivación del personal, capacitación gerencial, manejo de conflictos, organización del trabajo, planificación de tareas y responsabilidades para mandos medios y niveles de jefaturas y criterios sobre flexibilidad en la administración de los recursos humanos.
- coordinación y participación directa en la elaboración de la propuesta de modernización general de Estado que está impulsando el Ministerio de Planificación

Estos criterios son muy importantes para la administración de los establecimientos que prestan atención de salud, y se hacen incompatibles con las "carreras funcionarias" del nivel central del Sector Público; las existentes y las que están en proceso de diseño.

3 La productividad

Todas las personas entrevistadas aceptan y reconocen que los trabajadores de salud del Sector Público tienen baja productividad en los servicios de salud, observándose esto con mayor énfasis en el sector médico.

La mayoría de los indicadores de productividad son bajos: número de consultas, número de atenciones, relación entre consultas/horas médicos contratadas, número de partos, bajas tasas de ocupación de camas, bajas coberturas de los programas prioritarios como atención materno-infantil y complemento nutricional

Varios son los factores que contribuyen a este problema:

- el modelo de atención y los patrones de utilización de los servicios,

⁴ La propuesta fue obtenida luego de la elaboración de este informe y debido a la densidad del contenido resultó imposible analizarla a tiempo.

- bajos salarios y ausencia de otros sistemas de incentivos y de remuneración, sobre todo para el personal médico y de enfermería;
- mala distribución de los recursos a nivel geográfico, a nivel de los diferentes tipos de establecimientos y mala distribución proporcional entre los diferentes tipos de recursos humanos. Por ejemplo, relación médico/enfermera/auxiliar de enfermería/personal de nivel técnico;
- poca utilización de equipos multidisciplinarios;
- falta de recursos financieros, instrumentales, medios de diagnóstico e insumos médicos para la entrega oportuna de servicios en los establecimientos;
- débil capacitación administrativa y gerencial del personal con responsabilidad de conducción en las regiones y los diferentes establecimientos;
- gran porcentaje de Directores de Hospitales y Centros de Salud con formación en medicina clínica y no en administración hospitalaria;
- debilidades en los sistemas de evaluación, auditoría y supervisión.

Se analizará a continuación algunos de estos factores.

3.1 El modelo de atención y los patrones de prestación de servicios

El modelo de atención predominante en los servicios es altamente "medicalizado", teniendo los otros recursos humanos de salud (como enfermeras, tecnólogos, etc.) poca participación en la entrega directa de servicios. La resolución de episodios de enfermedad, particularmente IRA, y la entrega de algunos servicios de planificación familiar están reservados exclusivamente al cuerpo médico. Este modelo es aparentemente muy aceptado socialmente. Para el MSPAS, las actividades que realizan enfermeras, tecnólogos, etc. son "atenciones" y no consultas. Así, en 1992, del total de atenciones registradas, el 73.7% fueron realizadas por médicos, el 17.3% por enfermeras, auxiliares y tecnólogos; el 4.5% por promotores y el 4.5% por parteras empíricas. Se observa también que estas diferencias en el porcentaje de atenciones es sostenida desde hace varios años.

Cuadro No. 23

PORCENTAJE DE ATENCION AMBULATORIA POR TIPO DE PERSONAL. MSPAS, 1987-1992

Tipo de personal	Porcentaje por año					
	1987	1988	1989	1990	1991	1992*
Médico/Odontológico	72,0	73,1	75,3	75,5	76,3	73,7
Enfermera/Tec. Materno-Infantil	19,7	19,7	19,7	19,2	17,9	17,3
Promotores de Salud**	5,1	3,4	n/d	n/d	n/d	4,5
Partera capacitada	3,2	3,8	5,0	5,3	5,8	4,5

* Para el año 1992, datos de la Memoria 1992/93, MSPAS.

** Nominado promotor de salud, a partir de 1989. Incluyen atenciones por morbilidad leve y atenciones de programas preventivos.

Fuente: MSPAS, *Salud Pública en Cifras*, 1991.

Según el estudio del Dr. Molina (1991), en el programa de atención al niño, del total de inscripciones registradas a nivel país, fueron atendidas por médicos el 68,9%, por tecnólogos el 4,4% y por enfermeras el 26,7%. De los niños inscritos en la edad de 1 a 2 años, fueron atendidos por el médico el 76,3%, por el tecnólogo el 2,7% y por la enfermera el 21%. Si se compara la atención entre hospitales y centros de salud, se observa que las enfermeras y tecnólogos realizan más atenciones y controles en los centros de salud, probablemente por la concentración de médicos en los hospitales.

Uno de los problemas prioritarios a ser encarados por las instituciones del Sector Salud, es la extensión de cobertura, lo que será muy difícil si no se analiza los factores anteriormente señalados.

El ISSS principalmente, así como las otras instituciones con servicios de salud para sus empleados (ANTEL, Bienestar Magisterial, CEL, etc.) tiene un modelo de atención eminentemente curativo. El mismo se encuentra centralizado en hospitales y unidades de atención de la alta tecnología de diagnóstico y tratamiento, y por lo tanto de alto costo. La atención directa es proporcionada casi exclusivamente por médicos y odontólogos.

Los establecimientos del MSPAS tradicionalmente prestan atención ambulatoria en horas de la mañana. Esto genera concentración de personal de salud y usuarios en ese horario, largas esperas, insatisfacción por la calidad de los servicios y dificultades para la accesibilidad. El horario restringido de atención externa ha generado en los últimos años, el fenómeno de aumento de atenciones ambulatorias a través de los servicios de urgencia. Entre 1985 y 1991, el incremento promedio en los Hospitales fue de 2,0% anual y en los Centros de Salud de 4,5%. No solo hubo un crecimiento sustancial de las cifras absolutas, sino también de la proporción con respecto a todas las consultas ambulatorias. Según Gómez (1992), en los Centros de Salud la consulta de urgencia cuesta un 67% más que la consulta externa y en los Hospitales un 85% más, lo que implica el aumento de los costos por un lado y necesariamente la reducción de recursos para los demás tipos de actividades, comprometiendo por otra parte la prestación oportuna a los casos verdaderamente urgentes⁶.

El horario de atención ambulatoria en los Hospitales y Centros de Salud responde a los intereses y necesidades del sector médico que por motivos económicos debe trabajar muchas veces en dos o más establecimientos públicos, además de su práctica privada.

La mayoría de las consultas del Sector Público son a la mañana y la atención privada se hace a la tarde en consultorios individuales. Esto puede ser también el motivo del aumento en los últimos años del número de plazas de médicos en el MSPAS con 2hrs diarias, en relación a otros plazas con más horas diarias contratadas.

El sistema de contratación de médicos, odontólogos y otros profesionales por 2 y 4 horas diarias es una norma frecuente también en el ISSS y en las otras instituciones de seguro médico, como ANTEL, ANDA, Sanidad Militar, etc.

3.2 Algunos indicadores de la productividad

En el MSPAS el total de consultas médicas registradas en 1992 ha sido de 2.905.848 consultas, que corresponden a un promedio por habitante de 0,68 consulta. Esta cifra ha sido permanentemente baja desde

⁶ Fiedler, Gómez y Bertrand. *Antecedentes y Situación del Sector Salud de El Salvador. Documento informativo para la Evaluación propuesta del Sector Salud*. Anexo I, págs 40-41. 1993.

hace varios años. Es decir que la mayoría de la población salvadoreña tiene en promedio la posibilidad de ser atendido por un médico una vez cada dos años, y en algunas zonas de menor cobertura hasta una vez cada cinco años. Así en:

1987 alcanzó 0,62 consulta/habitante año.

1988 alcanzó 0,61 consulta/habitante año.

1989 alcanzó 0,57 consulta/habitante año (período de incremento del conflicto armado).

1990 alcanzó 0,62 consulta/habitante año.

1991 alcanzó 0,66 consulta/habitante año.

Si consideramos los establecimientos de internación, las consultas médicas externas se concentran de manera más importante en los Hospitales que los Centros de Salud. Según el estudio del Dr. Molina (1991), la consulta externa en los establecimientos hospitalarios fue un promedio diario de 5.856,3 consultas, de las cuales 69,1% fueron en Hospitales y 30,9% en los Centros de Salud. De los 14 Hospitales que funcionaban, 5 realizaron el 40,6% del total de consultas de los centros hospitalarios de la institución (San Miguel, Rosales, Bloom, Santa Tecla y Santa Ana). De los 15 Centros de Salud, 8 sobrepasaron el promedio diarios de 120,7 (Metapán, Chalchuapa, Nueva Concepción, San Bartolo, Cojutepeque, Sensuntepeque, Ilobasco y Santiago de María).

La distribución de los médicos muestra una mayor concentración en los hospitales en comparación a los centros de salud. Por otra parte, se observa que han aumentado de manera importante en los últimos años, las atenciones en los Centros, Unidades y Puestos de Salud, por personal no médico (enfermeras, auxiliares de enfermería, tecnólogos y promotores).

Datos no publicados aún del análisis de la fuerza de trabajo (MSPAS/UES/OPS), muestran el gran porcentaje de establecimientos que no cuentan con personal médico permanente a nivel de los establecimientos del Ministerio de Salud. La Región Metropolitana tiene el 100% de sus establecimientos con médicos permanente, mientras la Región Parencentral, tiene solo el 28,57% de sus establecimientos con personal médico permanente, y la Región Oriental, el 41,17%.

Uno de los factores que influye para la baja productividad en el MSPAS es la disminución importante de los niveles salariales de los médicos en los últimos años. De 1980 a 1982 el poder adquisitivo real de un médico del Ministerio de Salud, ha caído en más del 80%. Esto es casi dos veces la reducción que ha sufrido el país como un todo durante este período⁷.

⁷ Fiedler John, *Financiamiento del Sector Salud*, ANSAL-94.

Cuadro No. 24

ESTABLECIMIENTOS DEL MSPAS CON Y SIN MEDICO
SEGUN REGIONES SANITARIAS (a junio de 1992¹)

Regiones	Con médico	%	Sin méd.**	%	Total	%
Occidental	44	57,14	33	42,86	77	100,00
Central	29	59,18	20	40,82	49	100,00
Metropol.	30	100,0			30	100,00
Paracentral	14	28,57	35	71,43	49	100,00
Oriental	49	41,17	70	58,83	119	100,00
Totales	166	51,23	158	48,77	324	100,00

* Datos no publicados, la interpretación es responsabilidad del autor.

** Significa que no tiene médico permanente. Recibe 1 o 2 visitas semanales del medico de la unidad móvil rural

Fuente: *Determinación de la Fuerza de Trabajo en el Sector Público de El Salvador* (MSPAS, UES, OPS) Datos obtenidos de la Unidad de Personal a nivel de Regiones Sanitarias del MSPAS, 1992.

En el cuadro, a través de datos obtenidos del estudio del Dr. Molina (1991), se observa que en los establecimientos hospitalarios, la proporción de especialistas es más elevada en relación a los médicos de las cuatro clínicas básicas (clínica general, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia). A manera de ejemplo, por cada pediatra había 4,6 especialistas y por cada ginecólogo 2,7 especialistas. De los 15 Centros de Salud no tuvieron médicos de consulta general 3 establecimientos, no tuvieron cirujanos 5 establecimientos, no tuvieron gineco-obstetras 4 establecimientos y no tuvieron pediatras 6 establecimientos.

Cuadro No. 25

DISTRIBUCION DE MEDICOS Y ODONTOLOGOS EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DEL MSPAS

Médicos	Total	Hospitales		Centros de Salud	
		No.	%	No.	%
Generales	204	159	77,9	45	22,1
Cirujanos	51	42	82,1	9	17,9
Ginecólogos	113	98	86,7	15	13,3
Pediatras	66	57	86,4	9	13,6
Especialistas	305	299	98,0	6	2,0
Ortopedias	33	33	100,0		
Odontólogos	58	35	60,3	23	39,7
Residentes	331	321	97,0	10	3,0
Servicio Social	112	18	16,1	94	83,9

Fuente: Molina, *Evaluación de metas asistenciales y análisis de actividades de consulta externa, servicios de apoyo y hospitalización*, 1991.

Según el mismo estudio, la consulta médica estaba por debajo de la norma de 6 consultas/hora en la mayoría de los servicios. El Hospital de Ahuachapán se acercó a la norma con 5,7 consultas médicas por hora médico y los hospitales con promedios más bajos fueron Rosales con 0,5 consultas médicas por hora médico contratada y Santa Ana con 1,2 consultas. En relación a los Residentes y Médicos en Servicio Social calculando en base a las horas contratadas se obtuvo como promedio que cada residente da en los hospitales 0,5 consultas por hora contratada y 1,3 en los centros de salud. Para los médicos de servicio social el promedio fue de 0,9 consultas médicas por hora contratada en los hospitales y 1,6 en los centros de salud.

Sería sumamente útil investigar la relación que existe entre estos niveles de productividad en la atención ambulatoria y la modalidad de vínculo laboral de los médicos con contrataciones por 2 y 4hrs diarias que se observa en una alta proporción en la institución. Puede suponerse que la productividad es menor en las contrataciones de 2 y 4hrs que en las de tiempo completo.

En el ISSS, la estructura de la consulta externa fue en 1992 de 47% para medicina general, 37% para especialidades y 16% para urgencias. llamando la atención la elevada proporción de consultas especializadas muy por encima de la norma que suele oscilar entre 12 y 16%. A nivel institucional es importante investigar este fenómeno por el programa de atención privatizada de los servicios ambulatorios en las especialidades que podría tener en parte relación con esta cifras.

La norma institucional para la consulta médica general es de 5.5 pacientes por hora médico y de 4 consultas para los especialistas. Los promedios de consultas por hora médico contratada en 1992 y 1993 (enero a junio), se observan en el Cuadro No. 26, donde se puede apreciar un aumento de consultas por horas contratadas entre estos dos años. Si comparamos las dos instituciones, MSPAS y el ISSS se observa que el ISSS tiene mejores promedios en la consulta ambulatoria, esto atribuyen muchos de los entrevistados que se podría deber a las diferencias salariales entre ambas instituciones y a mejores mecanismos de supervisión y control por parte de la Seguridad Social en los últimos años (control del desempeño, auditorías médicas, etc). Existe poca información sobre la calidad de las prestaciones en ambas instituciones, pero la preferencia de los usuarios por la consulta ambulatoria a servicios privados registradas en los estudios de demanda está indicando que el nivel de satisfacción de los pacientes no es alto en los servicios públicos.

Cuadro No. 26

CONSULTAS/HORAS MEDICOS CONTRATADAS EN EL ISSS SEGUN REGIONES*
CONSULTA EXTERNA MEDICA, MEDICINA GENERAL

Regiones	Horas médico laboradas		Consulta/hora médico	
	1992	1993*	1992	1993*
Metropolitana	279.870	145.416	4,1	5,0
Central	56.766	30.376	5,3	5,3
Oriental	54.979	27.335	4,2	5,1
Occidental	71.195	39.363	4,9	5,6
Total	463.776	241.890	4,4	5,3

* Datos a junio de 1993

Fuente: ISSS, *Estadísticas de Salud 1992/93*

Cuadro No. 27

**CONSULTAS/HORAS MEDICOS CONTRATADAS EN EL ISSS SEGUN REGIONES*
CONSULTA EXTERNA MEDICA, ESPECIALIDADES**

Regiones	Horas médico laboradas		Consulta/hora médico	
	1992	1993*	1992	1993*
Metropolitana	155.278	81.475	4,1	3,7
Central	8.657	3.428	5,5	5,3
Oriental	21.939	10.038	3,5	3,8
Occidental	29.469	17.020	4,7	4,3
Total	215.343	111.961	4,2	3,8

* Datos a junio de 1993.

Fuente: ISSS, *Estadísticas de Salud 1992-93*.

3.3 Productividad en la atención hospitalaria

En relación a la atención hospitalaria en 1991 el MSPAS contaba con 4.355 camas para pacientes agudos; el porcentaje de ocupación a nivel de todo el país fue de 58,1%; con variaciones regionales importantes; en la Región Metropolitana fue de 80,2% y las Regiones Paracentral de 47,8% y en la Región Oriental de 49,2%. Según el estudio de Molina (1991), del total de camas en las 4 áreas básicas, el 82% estaban ubicadas en los hospitales y el 18% en los Centros de Salud.

De los egresos el 80,3 fueron en hospitales y 19,7 en Centros de Salud. El porcentaje de egresos que pertenecía a las 4 áreas básicas fue entre el 90 y el 100%.

Los Hospitales Rosales, Maternidad, Bloom y Neumológico tuvieron porcentajes de ocupación que estaban igual o por arriba del 80%. Los Hospitales de Santa Tecla, Psiquiátrico y San Miguel entre 70 y 80%. El resto de los hospitales estaban entre 50 y 60%. Usulután tuvo el 37%.

De los Centros de Salud, sólo Nueva Concepción y San Bartolo tuvieron entre 55 y 65%; el resto tuvieron porcentajes entre 23 y 50%.

Uno de los aspectos más importantes en el área de hospitalización es la cobertura del parto institucional que a nivel de todo el país, es alarmantemente baja.

Las bajas coberturas en general de los programas, como la atención materno-infantil, inmunizaciones, complemento nutricional y otros, son elementos indirectos que miden también la productividad de los recursos humanos en los establecimientos. En las siguientes líneas se presentan algunos datos ilustrativos tomados del estudio de Molina 1991 ya citado.

La cobertura de las personas atendidas por primera vez, fue del 33,2% de la población objetivo, o sea el 85% de la población total del país

Del total de inscripciones maternas y controles subsecuentes prenatales, hubo un total de 40 434 madres protegidas, que correspondió a una cobertura del 15,6% de las embarazadas estimadas en el país para ese año.

De las personas atendidas por primera vez en odontología la cobertura fue del 3,7% de la población total del país y 3,5% para los grupos de 15 años y más. En el sub-programa niños la cobertura fue de 4,6% para ese grupo de edad. En el programa materno la cobertura correspondió al 15,6% del grupo de embarazadas

3.4 Discusiones y propuestas

El análisis de estrategias para mejorar la productividad en los establecimientos de salud requieren medidas que se apliquen a la organización y funcionamiento de los mismos, y a medidas que se relacionan más directamente a la administración del personal de salud

- a) Se debe modificar paulatimamente el modelo de atención centrado en la asistencia por personal médico e ir incorporando otros recursos humanos, sobre todo en los programas prioritarios salud materno-infantil, diagnóstico y tratamiento de algunas patologías comunes. Esto implica priorizar la formación del personal de enfermería, el adiestramiento de las parteras empíricas, la formación de promotores de salud y de los auxiliares de obstetricia rural para extender la cobertura y aumentar la producción en las unidades de atención primaria de salud de las áreas rurales
- b) Cualquier plan que pretenda mejorar la distribución de los recursos humanos hacia zonas menos desarrolladas y de poca accesibilidad, debe contemplar sistemas de incentivos y mejoras salariales. Por ejemplo, en el caso de los médicos jóvenes planteábamos la posibilidad de residencias en medicina familiar o rural que permitan después de unos años de residencia en zonas rurales, acceder a becas para capacitación en especialidades médicas
- c) Utilizar patrones de incentivos colectivos en los hospitales y Centros de Salud, por ejemplo sistemas de auditoría médica cada 6 meses en los diferentes departamentos de un hospital y premiar con un pequeño plus salarial al equipo que hayan desempeñado colectivamente el mejor trabajo dentro de la institución. Estas experiencias exigen la inclusión en lo posible de todo el staff del equipo, a fin de desarrollar conceptos de calidad total
- d) Implementar investigaciones sobre el proceso de trabajo en los establecimientos, por ejemplo para conocer la satisfacción de los usuarios, los horarios más concurridos, el número de horas de espera, la calidez de atención que se brinda, etc
- e) Aumentar el horario de contratación de los médicos generales y de planta a horarios de contratación de 6 u 8hrs. Esto mejora el rendimiento del personal y mejora la identificación institucional

Todas estas medidas requieren de gran flexibilidad en la administración de los recursos humanos, que generalmente hacen poco factible la complementación con las carreras de funcionarios de las administraciones centrales del Estado

V REGISTRO Y CONTROL DE LAS PROFESIONES DE SALUD

El proceso de registro, acreditación y control del ejercicio profesional en El Salvador es actualmente competencia del Consejo Superior de Salud Pública y las Juntas de Vigilancia de las Profesiones. Esto lo establece la propia Constitución Nacional en su Art. 68 y el Código de Salud en su Título I.

A pesar de las disposiciones legales vigentes, se puede decir que el país no cuenta con un sistema que realmente ejerza la función de acreditación y control del ejercicio profesional.

El débil poder de control de las instancias legales actuales hace que el proceso sea más bien un proceso burocrático que permite el registro de los profesionales.

El análisis del proceso de acreditación y control, debe contemplar el rol y las atribuciones de todas las instituciones involucradas. Así las universidades deben revisar la formación y acreditación de los especialistas, que hoy, no está reglamentado en el país; a su vez el Consejo y las Juntas, deben revisar todo el proceso de acreditación y control que les compete por ley, pero que en términos reales lo ejercen muy débilmente. Además, en el país los gremios y las asociaciones científicas de profesionales, están reclamando un espacio de participación para discutir sobre los cambios que deben darse en este tema. Ellos solicitan a las autoridades la promulgación de una Ley que establezca la colegiatura como el organismo encargado del control del ejercicio profesional.

Por lo tanto, sería muy importante la participación de todos estos actores sociales en las discusiones que se realicen en el futuro para estudiar los cambios que se deberán introducir para mejorar las condiciones actuales.

I El Consejo Superior de Salud Pública y las Juntas de Vigilancia

Según el Código de Salud "El Consejo Superior de Salud Pública es una corporación de Derecho Público, con capacidad jurídica para contraer derechos y adquirir obligaciones e intervenir en juicios, y tanto él como las Juntas de Vigilancia gozan de autonomía en sus funciones y resoluciones".

El Consejo está formado por 14 miembros, un Presidente y un Secretario, nombrado por el Órgano Ejecutivo y 3 representantes electos de entre sus miembros para cada una de las siguientes profesiones: Médicos, Odontólogos, Químico-farmacéuticos y Médico Veterinario. Las Juntas de Vigilancia cuentan con 5 miembros, que son académicos de las profesiones respectivas, y que en la primera sesión nombran un Presidente y Secretario. Cada uno de ellos tiene un miembro suplente.

La elección de los integrantes del Consejo así como de las Juntas de Vigilancia, se realizan en Asambleas Generales de Profesionales de cada gremio, convocada especialmente para tal efecto por el Consejo Superior de Salud Pública. Los miembros son electos por votación y duran en sus funciones 2 años y no pueden ser reelectos, a excepción de los miembros suplentes.

Existen actualmente funcionando 7 Juntas de Vigilancia: Médicos, Químicos, Odontólogos, Médicos Veterinario, Psicólogos, Enfermeras y Lic. en Laboratorio Clínico. Algunas Juntas son muy antiguas, como la de los Químicos, que ya tiene 100 años de funcionamiento y otras muy recientes como la de Enfermería, creada en 1992.

Las Juntas de Vigilancia de Enfermería, Laboratorio Clínico y Psicología no cuentan con representantes en el Consejo Superior de Salud Pública, debido a que la propia Constitución establece la composición del mismo y no permite la inclusión de otros representantes que no sean de los gremios de médicos, odontólogos, químico farmacéuticos y médicos veterinarios.

La función que realizan las Juntas es llevar el registro cronológico de los profesionales inscritos y habilitados desde la creación de las mismas a la fecha actual. Los mismos, son registros manuales, no tienen un sistema que permita su actualización y son incompletos al no contar con el 100% de profesionales registrados.

Las Juntas son organismos autónomos, pero dependen presupuestariamente del Consejo Superior de Salud Pública. Cada Junta tiene elaboradas reglamentaciones y algunas normas para el proceso de acreditación. Las mismas son muy simples y carecen de rigurosidad técnica, lo que determina que la labor que realizan las Juntas sea más que nada el proceso de registro y habilitación.

La relación del Consejo Superior de Salud Pública con el Ministerio de Salud es solamente presupuestario. El presupuesto del Consejo se encuentra dentro del Presupuesto del MSPAS. Actualmente se habla de iniciar alguna coordinación entre las dos instituciones, pero eso ha sido muy difícil hasta el momento.

Varios son los aspectos que contribuyen a la falta de efectividad de estos organismos. Los más importantes son:

Un marco legal deficiente y desactualizado

El marco legal vigente está desactualizado y no le concede atribuciones reales para el control profesional. Si un profesional es sancionado o inhabilitado por la Junta, éste recurre a otras instancias judiciales o simplemente no acata las sanciones de la misma. Existen pocos casos registrados en el país donde un profesional haya sido inhabilitado o sancionado por mala práctica en el ejercicio profesional.

Es necesaria una *Ley del Ejercicio de las Profesiones* donde se establezcan claramente todos los aspectos que deben ser regulados, los mecanismos de registro y habilitación de profesionales y especialistas, el control y sanción para la mala práctica profesional, y los organismos que ejercerán ese control y sus atribuciones y funciones.

Una Ley del Ejercicio Profesional debe contemplar mecanismos que permitan el control de la calidad de los profesionales y garantizar que estos se realicen periódicamente. El título otorgado por las instituciones formadoras no certifica muchas veces la idoneidad profesional, pues la acreditación y la supervisión de las instituciones formadoras con sus programas y currículas, no es muy eficiente por parte del Ministerio de Educación. El Ministerio de Educación cuenta actualmente con muchas limitaciones técnicas, de recursos humanos y financieros para implementar un verdadero sistema de control para la apertura, acreditación y control de las instituciones formadoras, esto permite a su vez la habilitación de algunas instituciones con pocas garantías de calidad.

Por otra parte, la Ley debe garantizar el control de manera periódica. Un profesional no puede habilitarse al inicio de su carrera profesional y luego nunca más ser evaluado. Los controles periódicos con sistemas de evaluación para la actualización del registro, son estrategias muy válidas para estimular la capacitación permanente de los profesionales.

Insuficiente financiamiento

Este aspecto es determinante lo que resulta en falta de recursos humanos, de infraestructura y de apoyo al funcionamiento. El Consejo Superior de Salud cuenta con las mismas plazas de empleados desde su creación, la mayoría es personal administrativo. Por 17 funcionarios administrativos, existen 2 profesionales químicos y un idóneo. Cada Junta de Vigilancia cuenta con 1 ó 2 inspectores para todo el país, la mayoría del personal precisa de capacitación, sistemas de incentivos y mejor retribución salarial.

Débil capacidad técnica y normativa

Estos aspectos son importantes, teniendo en cuenta que las atribuciones del Consejo también abarcan varios aspectos, además del control del ejercicio profesional. Por ejemplo el control y habilitación de establecimientos de salud (farmacias, droguerías, laboratorios clínico-biológicos, hospitales, sanatorios, consultorios, industrias farmacéuticas, y cualquier establecimiento que se ocupe de prestar servicio de salud a la población). Además, se ocupa de la autorización para el expendio, fabricación, importación y propaganda de todas las especialidades farmacéuticas comercializadas en el país.

Poca credibilidad sobre la gestión y capacidad de control en el Consejo y las Juntas

Todo el sistema de información es deficiente, no existen normas de procedimiento y funcionamiento. Los trámites burocráticos son lentos y muchas veces a pesar de las recomendaciones de las Juntas de Vigilancia no se toman medidas de sanción por el Consejo Superior lo que produce descrédito en ambas instituciones.

2 Discusión y propuestas

- a) Es necesaria la modernización de la organización y el funcionamiento de las dos instituciones encargadas del registro y control del ejercicio profesional en el país. Estos cambios requieren en primer lugar una revisión profunda del marco legal y la actualización del mismo.
- b) La discusión, actual en el país, sobre la necesidad de la Colegiatura como institución más adecuada para ejercer el control del ejercicio profesional, debe ser analizada, pues representa la predisposición de los profesionales a ser registrados y controlados.

Para ello es necesario tener en consideración dos aspectos: primero, para que se produzcan cambios reales en el sistema de control de ejercicio profesional se debe modificar el marco legal vigente, incluso crear nuevas leyes, como sería la Ley del Ejercicio de las Profesiones. Entonces, la permanencia del Consejo y las Juntas de Vigilancia, así como la creación de los Colegios, necesitan la revisión del marco constitucional y del Código de Salud. En segundo lugar, es importante entender que, para que cualquiera de las dos posibles instancias de control⁸ funcionen eficientemente, requieren:

- apoyo político, tanto de las estructuras del Estado como de los gremios profesionales, para las modificaciones del marco legal vigente y la reestructuración y modernización de su organización.
- recursos humanos capacitados en el áreas técnico-normativa, administrativa y de gestión.
- actualizar las reglamentaciones vigentes que lo ameriten.
- contar con instrumentos de nivel técnico que permitan calificar y acreditar a los profesionales periódicamente.

⁸ Ambas instancias son: el mantenimiento de las instituciones existentes (Consejo Superior y Juntas de Vigilancia) o creación de Colegios Profesionales y transferencia de las funciones de control a esos organismos.

Una de las dificultades para la aprobación de la Ley de Colegiatura, es la posición de ciertos sectores del poder legislativo que no están de acuerdo en que la colegiatura sea obligatoria. Sin embargo, el carácter obligatorio para todos los profesionales es la única manera que permite cumplir realmente una acción de control y regulación. Por último, se requiere también el apoyo financiero para la implementación de las reformas y la creación de fuentes de financiamiento que permitan sostener el funcionamiento del sistema de manera permanente.

Considerando estos dos últimos aspectos, creemos que la decisión hacia cualquiera de las dos instancias de control y regulación son válidas. De la elección resultarán las negociaciones y acuerdos que se puedan establecer entre los diferentes actores que hoy están discutiendo el problema en la sociedad salvadoreña.

La experiencia de otros países demuestra que independientemente del tipo de institución encargada del proceso de control (organismos del estado, corporaciones, gremios), lo importante es el marco legal regulatorio que las respalde, la obligatoriedad del registro y la credibilidad en ellas. Estos son factores determinantes para que el proceso de control y regulación funcionen.

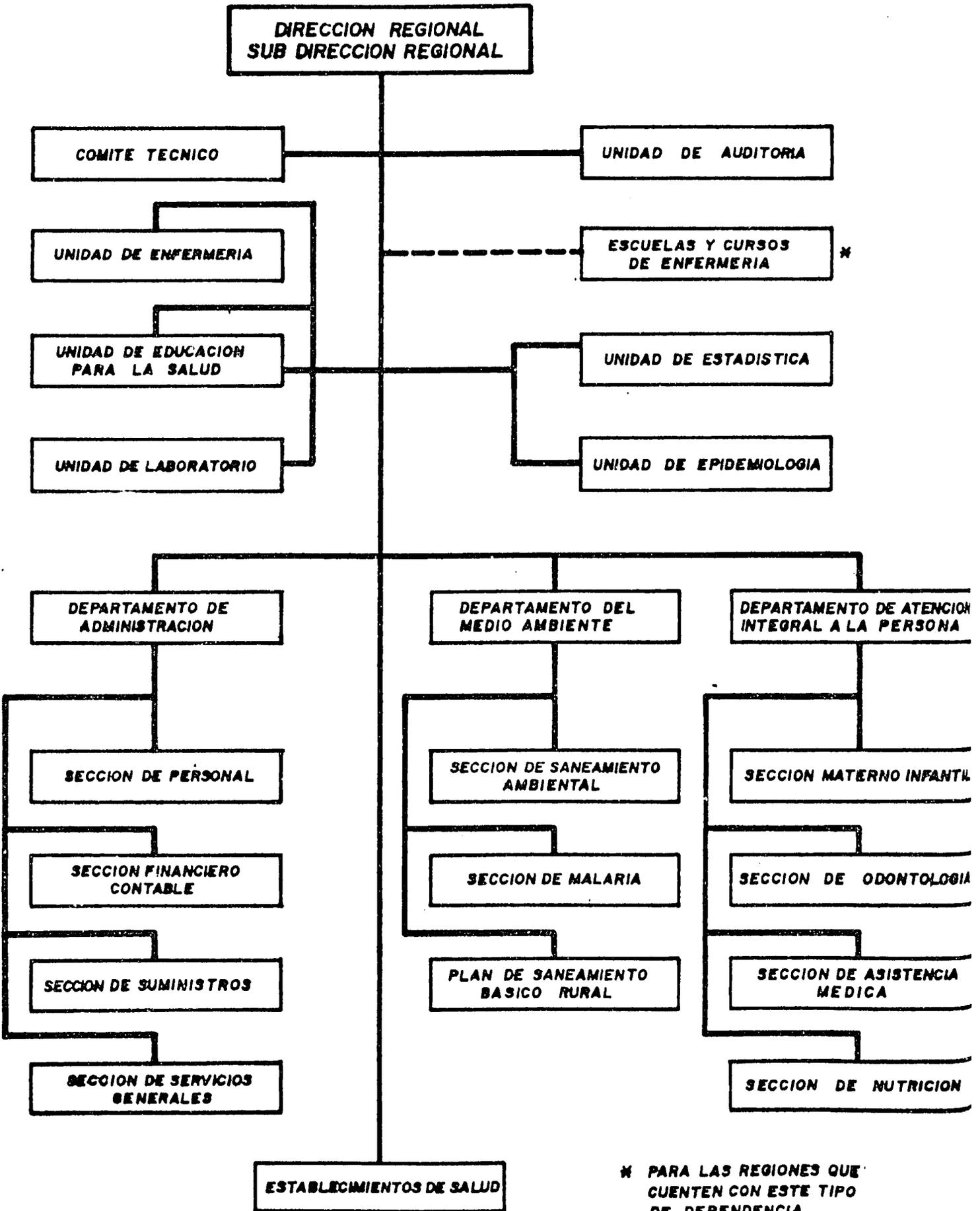
- c) Otro elemento importante, que se observa en las instituciones más modernas, es la incorporación dentro de las mismas, de representantes de los usuarios de los servicios de salud, a fin de evitar que los profesionales actúen protegiendo a la corporación.

Esto permite proteger mejor los intereses de los usuarios y a la vez quita el monopolio de la decisión al sector profesional, que muchas veces pierde objetividad al juzgar a sus pares.

- d) El financiamiento debe ser autónomo e independiente del presupuesto del Ministerio de Salud. Se recomienda establecer un sistema de aranceles para los registros y habilitaciones que permita el autofinanciamiento de la institución.

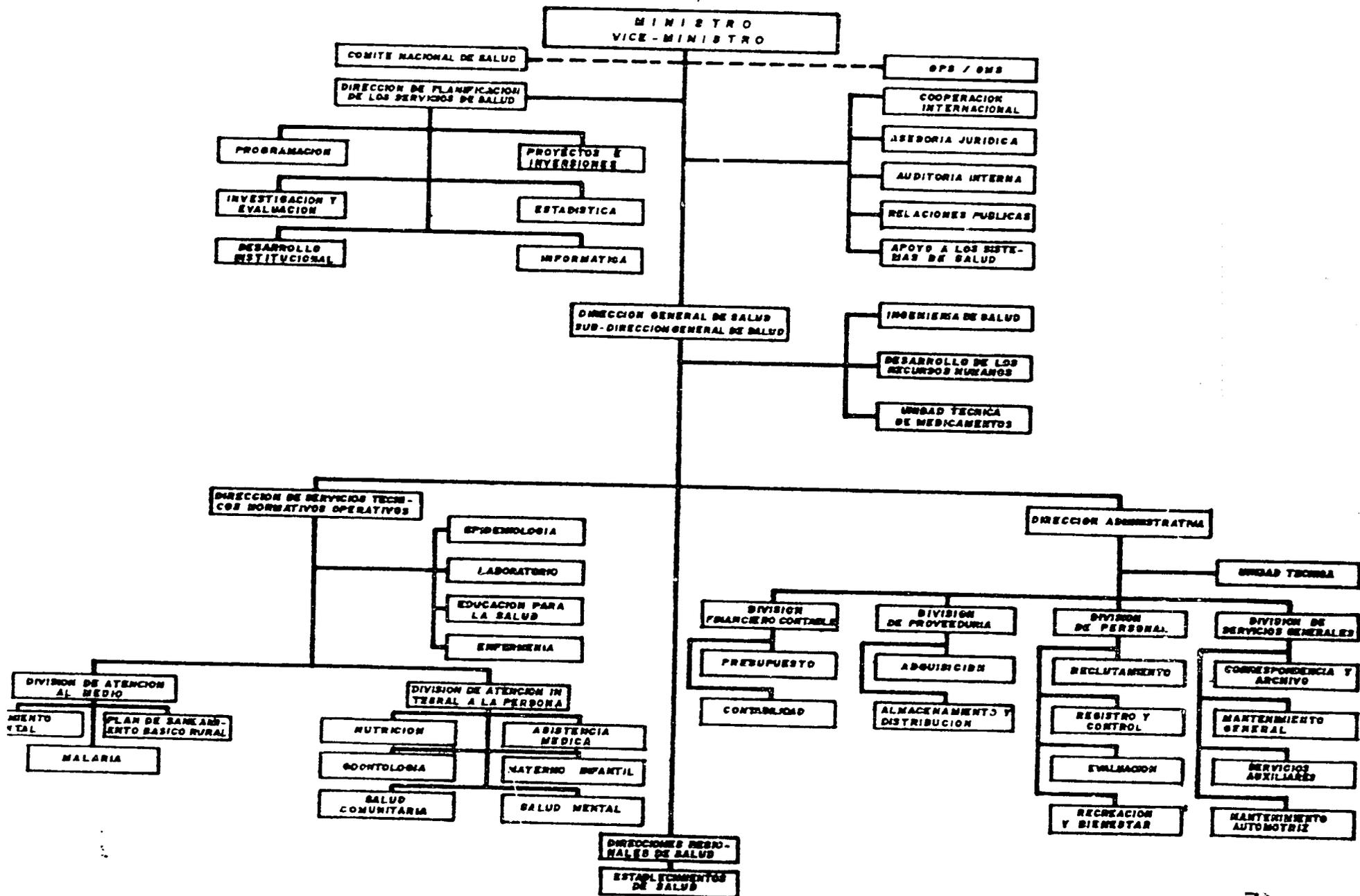
ANEXOS

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LAS DIRECCIONES REGIONALES



* PARA LAS REGIONES QUE CUENTEN CON ESTE TIPO DE DEPENDENCIA

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL



ANEXO II

DISTRIBUCION DE MEDICOS SEGUN REGIONES Y ESPECIALIDADES.
EL SALVADOR, 1993.

Regiones/Deptos.	Especialidad	No. de Médicos
Región Occidental		
Depto. Ahuachapán	Médico General	43
	Pediatra	1
	Gineco-obstetra	1
	Sub-total Depto.	45
Depto. Santa Ana	Médico General	81
	Medicina Interna	18
	Pediatra	15
	Gineco-Obstetra	10
	Otros	6
Sub-total Depto.	130	
Depto. Sonsonate	Médico General	96
	Pediatra	13
	Gineco-obstetra	3
	Medicina Interna	5
	Otorrino-laringólogo	1
Sub-total Depto.	118	
Región Central		
Depto. Chalatenango	Médico General	19
	Sub-total Depto.	19
Depto. La Libertad	Médico General	68
	Pediatra	32
	Gineco-obstetra	7
	Medicina Interna	5
	Ortopedia	1
Sub-total Depto.	113	

Fuente: Registros de un laboratorio de medicamentos que trabaja comercialmente en el país. El Salvador, 1993.

ANEXO II-A

DISTRIBUCION DE MEDICOS SEGUN REGIONES Y ESPECIALIDADES.
EL SALVADOR, 1993.

Regiones/Deptos.	Especialidad	No. de Médicos
Región Metropolitana		
Depto. San Salvador	Médico General	579
	Gineco-obstetra	209
	Pediatra	208
	Medicina Interna	133
	Ortopedista	28
	Otros	114
	Sub-total Depto.	1.271
Región Paracentral		
Depto. Cuscatlán	Médico General	14
	Pediatra	6
	Medicina Interna	1
	Gineco-obstetra	1
	Sub-total Depto.	22
Depto. La Paz	Médico General	30
	Pediatra	2
	Gineco-obstetra	2
	Medicina Interna	2
	Otro	1
	Sub-total Depto.	37
Depto. Cabañas	Médico General	10
	Pediatra	7
	Sub-total Depto.	17
Depto. San Vicente	Médico General	6
	Pediatra	4
	Gineco-obstetra	2
	Otro	1
	Sub-total Depto.	13

Fuente: Registros de un laboratorio de medicamentos que trabaja comercialmente en el país, El Salvador, 1993.

ANEXO II-B

DISTRIBUCION DE MEDICOS SEGUN REGIONES Y ESPECIALIDADES.
EL SALVADOR, 1993.

Regiones/Deptos.	Especialidad	No. de Médicos
Región Oriental		
Depto. Usulután	Médico General	59
	Gineco-obstetra	2
	Médico cirujano	1
	Pediatra	1
	Sub-total Depto.	63
Depto. San Miguel	Médico General	116
	Pediatra	23
	Medicina Interna	17
	Gineco-obstetra	17
	Ortopedista	7
	Médico cirujano	6
	Otros	13
	Sub-total Depto.	199
Depto. Morazán	Médico General	4
	Pediatra	1
	Sub-total Depto.	5
Depto. La Unión	Médico General	33
	Sub-total Depto.	33

Fuente: Registros de un laboratorio de medicamentos que trabaja comercialmente en el país, El Salvador, 1993.

Anexo III

PROCESO DE REVISION DE LOS INFORMES PRELIMINARES

Introducción

El "Análisis del Sector Salud de El Salvador" (ANSAL) fue concebido como parte de los esfuerzos tendientes a acelerar el desarrollo económico y social del país. El análisis de la organización y funcionamiento de las instituciones del sector debe desembocar en la identificación de obstáculos que, de ser superados, posibiliten el mejoramiento del sector y de las condiciones de salud y bienestar de la población.

Generalmente los proyectos tendientes a acelerar el desarrollo social y económico son concebidos y diseñados por expertos del área temática abarcada por el proyecto. Estos aportan sus conocimientos profesionales y su experiencia para identificar el problema, seleccionar las posibles soluciones y diseñar los componentes del proyecto. En este proceso el intercambio de opiniones generalmente queda restringido a personas que ocupan posiciones de liderazgo en el Sector y en la sociedad. El usuario potencial y el personal involucrado directamente en la producción del bien o del servicio analizado no son frecuentemente incluidos en este proceso de consulta. Los proyectos resultantes no se benefician de las percepciones culturales y de la experiencia acumulada por quienes están en la primera línea de batalla y en consecuencia, pueden ser vistos como ajenos por la propia comunidad beneficiaria.

Procedimiento

Los términos de referencia de ANSAL establecieron un amplio proceso de consulta que evitara la limitación señalada en la introducción. En los mismos se establece que el proceso participativo tiene trascendencia similar al contenido del análisis. Para lograrlo se indicó que los resultados preliminares del trabajo de ANSAL, recogidos en nueve borradores de Informes Técnicos, fueran ampliamente difundidos entre instituciones y personas del Sector Salud para que fueran revisados y comentados. Este enfoque forma parte de un encare "participativo" de los esfuerzos de desarrollo. Para cumplir con este mandato se diseñó una estrategia que comprende los siguientes componentes:

1. *Comentarios escritos:* Se invitó a unas 100 instituciones y personas con experiencia en el funcionamiento de los servicios de salud a que formularan comentarios por escrito sobre:
 - la veracidad e integridad de los datos presentados;
 - la lógica del análisis utilizado;
 - la factibilidad de las recomendaciones formuladas.
2. *Reuniones con personal de salud e integrantes de la comunidad.* Se realizaron diez reuniones en distintos puntos del país, de forma de cubrir la mayor parte de su territorio, en las que se invitó a participar a personal de salud con diferentes niveles de capacitación (promotores, parteras empíricas, médicos y farmacéuticos), líderes de las comunidades servidas (Alcaldes, miembros de comisiones de apoyo de establecimientos del MSPAS o patronatos, miembros de las asociaciones comunitarias de

educación o escuelas EDUCO y líderes comunitarios locales) y a funcionarios y autoridades regionales y locales del Ministerio de Salud.

3. *Jornadas con líderes del Sector.* Se efectuaron jornadas durante dos días con líderes de organismos públicos vinculados a los sectores sociales y a salud (MSPAS, MIPLAN E ISSS), con directivos de ONGs activas en salud y del Colegio Médico y dirigentes del área de salud de varios partidos políticos. Fue invitado a participar pero no se hizo presente el Decano de la Facultad de Medicina de la UES.

Resultados

La participación fue intensa y útil para validar o descartar los resultados preliminares de ANSAL. Enviaron comentarios escritos unas 30 instituciones, encontrándose entre éstas las principales organizaciones del Sector Público (MSPAS y MIPLAN) y las ONGs más importantes.

En las reuniones comunitarias participaron aproximadamente una 250 personas representando a los tres componentes mencionados anteriormente. De los tres grupos, los líderes de las comunidades fueron quienes tuvieron una tasa de participación más baja.

Doce de los trece líderes invitados a las Jornadas participaron; quienes así lo hicieron permanecieron durante la totalidad del tiempo que duró el ejercicio.

Salvo las opiniones de las jerarquías técnicas centrales del MSPAS (Directores de Programas y Departamentos y Directores Regionales), quienes expresaron objeciones ante algunos de los hallazgos de ANSAL, los comentarios fueron coincidentes en relación a los principales problemas del sector y a las formas más efectivas para enfrentarlos. Los comentarios específicos se resumen en cada uno de los Informes Técnicos.

Comentarios escritos recibidos

Como se mencionó en el acápite sobre procedimiento, el borrador de este informe, lo mismo que los otros informes técnicos de ANSAL⁹ tuvo amplia distribución con miras a recabar reacciones con fecha límite 18 de febrero, 1994. Como resultado se recibieron comentarios escritos tanto de personas como de instituciones de los sectores público y privado. De las diferentes comunicaciones recibidas por ANSAL, las siguientes tienen relación más directa con el tema **recursos humanos**:

COMENTARIOS ESCRITOS

MSPAS:	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (17 febrero de 1994)
Luis Carlos Gómez:	Consultor: Clapp & Mayne (15 de diciembre de 1993)
FUSADES:	Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social
APROCSAL:	Asociación de Promotores Comunales Salvadoreños (18 de febrero de 1994)

⁹ Estos son: Situación de Salud; Situación Materno Infantil; Productos Farmacéuticos; Organización y Funcionamiento del Sistema de Salud; Financiamiento de los Servicios de Salud; recursos humanos en Salud, Infra-estructura e Inversión del Sector Salud; Demanda y Percepción Comunitaria de la Salud; Salud del Medio Ambiente.

CDC:	Centro para la Defensa al Consumidor (18 de febrero de 1994)
FUNDE:	Fundación Nacional para el Desarrollo (18 de febrero de 1994)
PROVIDA:	Asociación de Ayuda Humanitaria (18 de febrero de 1994)
Clinica Santa Mónica:	(18 de febrero de 1994)
PROSAMI:	Proyecto de Salud Materno y Supervisión Infantil
Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería	(28 de febrero de 1994)
Escuela Urbana Unificada "Centro V de Escalón #2	(28 de febrero de 1994)
Programa de Alimentación Mundial	(24 de febrero de 1994)
IPSEFA:	Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (1 de marzo de 1994)

Luis Carlos Gomez

Los comentarios y observaciones han sido muy útiles y pertinentes y han colaborado a la mejor estructuración técnica del contenido del informe. También ha permitido la revisión de nuevas fuentes de información.

En relación al comentario sobre problemas de "calidad" en la formación de profesionales (médicos, odontólogos, enfermeras) no hemos podido incluir el tema, pues no se cuenta en el país un estudio que certifique este problema. A pesar de ser una inquietud manifestada por muchos de los entrevistados no contamos con suficiente información. Se consideró riesgoso sacar conclusiones sólo con el análisis de las curriculas de las universidades. Otros comentarios han sido la necesidad de indicadores nacionales sobre disponibilidad de los diferentes tipos de recursos humanos por subsectores y total y por producción de estos recursos, a fin de discutir en términos generales sobre la brecha entre requerimientos, disponibilidad y posibilidad en el mediano y largo plazo.

Al respecto, consideramos que no existe información suficiente en todas las instituciones del Sector para establecer estos indicadores.

Este trabajo no ha tenido el objetivo de obtener información primaria, sino la revisión de documentación existente. Coincidimos en la importancia de estas estimaciones para la planificación, sobre todo cuando se quiere plantear cambios estructurales al modelo de prestaciones de servicios. Y es por ello, también, que sugerimos en el informe la realización de un censo nacional de recursos humanos, que permita obtener de primera mano la información necesaria.

En relación a otro comentario, sobre el tema de salarios incentivos y productividad, coincidimos que son causales importantes de la baja productividad de los servicios.

La propuesta de introducir nuevos modelos que privilegien la descentralización de los servicios (transferencias a niveles locales comunitarios, el control y gestión de los recursos) permitirán junto a políticas salariales y de incentivo ayudar a mejorar esta situación.

En relación a la implementación de una Escuela de Salud Pública de Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA), no hemos podido por razones de tiempo incluir en el documento.

MSPAS

Los comentarios apoyan muchas de las conclusiones y recomendaciones presentadas en el documento. Por otro lado, se destacan observaciones sobre la factibilidad de algunas de las propuestas como las relacionadas a la transferencia de las escuelas de enfermería al sector de formación y la implementación de especialidades en medicina rural o familiar.

En relación a estos puntos, estoy de acuerdo en las dificultades para su implementación, pero considero que, aún cuando son muy importantes, la validez de su necesidad para generar cambios verdaderos e importantes en la política de recursos humanos a nivel nacional, (que comprende el perfil demográfico y epidemiológico del país), exige impostergablemente su análisis y consideración, a fin de buscar estrategias oportunas y sustentables tanto a nivel técnico, como político y financiero.

Con relación a los comentarios sobre enfermería, auxiliar de obstetricia rural, tecnólogos, hemos incorporando las sugerencias a la revisión final del documento.

Quisiéramos destacar aquí, que el Depto. de Recursos Humanos del MSPAS, ha colaborado desde el inicio de este trabajo y de manera permanente, por lo que la autora agradece.

APROCSAL, CDC, FUNE, PROVIDA, CLINICA SANTA MARIA

En relación al capítulo I, donde se plantea que el ISSS "debería reducir su burocracias, aumentar su eficiencia, lograr una mayor disponibilidad de recursos y cambiar la tendencia de invertir en alta tecnología en contraposición al perfil epidemiológico prevalente", sugieren que además, se agregue a la propuesta, la necesidad de unificar todos los sistemas de seguridad social (ISSS, ANDA, CEL, BM, ANTEL, otros) a una sola institución.

Coincidimos plenamente con este planteamiento, que es presentado en el informe sobre Servicios de Salud y la propuesta final de ANSAL.

En el capítulo II, destacan la no inclusión de los promotores de Salud en el mercado de trabajo, planteando esto, como problema fundamental a ser analizado.

Otras consideraciones planteadas son, que los promotores de las ONGs tienen salarios muy bajos, a veces, solo a nivel de estímulos que oscilan entre 200 y 400 colones, y que esto los obliga a emplear buena parte de su tiempo en otras labores para asegurar la subsistencia de sus familias, lo que produce una subutilización de recursos muy valiosos y contribuye a una elevada tasa de deserción a pesar de su alta motivación y eficiencia.

Coincidimos plenamente con las observaciones planteadas, lastimosamente la recolección de información sobre cantidad y distribución de promotores por instituciones y sus regiones geográficas no hemos podido concluir, por lo que consideramos pertinentemente no incluir en el informe. Esta será una tarea necesaria para estimar las necesidades de recursos en los próximos 5 a 10 años, si se decide optar por las estrategias planteadas como políticas de recursos humanos a nivel nacional. La misma aclaración la considero pertinente para el tema de salarios e incentivos.

FUSADES

Destaca que en el capítulo *Mercado de Trabajo* no hay desagregación a nivel de las distintas instituciones, exceptuándolo al MSPAS, de tal manera que los indicadores de médicos/hab, enfermeras/hab, etc, puedan reflejar la situación en las distintas instituciones del Sector y en su conjunto. Esto a su vez permitiría recomendaciones, especialmente para el Sector Público.

En relación a estos comentarios, está señalado en el mismo capítulo que esa información no se encuentra disponible en el Sector. Cada institución conoce el No. de sus recursos o a veces de plazas de trabajo, pero en varios casos, se desconoce en No. de profesionales que estando radicados en un nivel geográfico trabajen simultáneamente en dos o más instituciones (nivel de multiempleo). Además, los registros de algunas instituciones no son confiables.

El esfuerzo de recurrir a un laboratorio farmacéutico de plaza, se ha hecho, con el sentido de paliar esta dificultad aún sabemos que esta fuente de información carece de la rigurosidad científica necesaria.

De ahí, también, la propuesta sobre un censo nacional de recursos humanos para tener datos reales que permitan la planificación del sector.

PROGRAMA MUNICIPAL DE ALIMENTOS

Comparte el señalamiento de que el MSPAS no juega un papel rector importante en la formación de recursos humanos en salud y que esto incide en que a la fecha no se esté formando el tipo de recursos humanos necesarios, para resolver los principales problemas de salud de la población.

Además considera interesante enfatizar en la necesidad de la coordinación del MSPAS, con las instituciones formadoras.

HPSEA

Los comentarios son para enfatizar la necesidad de la coordinación nacional entre instituciones formadoras y empleadores. Además, recalcan la necesidad de políticas salariales y de estímulos a fin de mejorar la eficiencia del personal de salud y de posibilitar su desplazamiento a las áreas rurales. Plantean la reestructuración de las políticas salariales actuales para elevar el nivel de satisfacción del personal y por ende una mayor producción, que redundara en una mejor atención a la población.

Por otra parte, queremos aclarar simplemente, que los datos referentes a los recursos humanos de la Sanidad Militar no han podido obtenerse, a pesar de esfuerzos repetidos con las autoridades, para recabar esa información. En ningún momento se ha considerado que el sector no sea importante para su inclusión en el análisis del Sector.

PROSAMI

Destaca la debilidad del informe sobre recursos humanos que trabajan o han sido capacitados en las ONCs y coincide con las propuestas del rol que deben cumplir los promotores de salud ya que PROSAMI esta trabajando en ese sentido con mucho éxito.

Menciona la experiencia de PROSAMI en la capacitación de médicos y técnicos en salud pública (capacitación de 2 meses de duración, experiencia práctica, educación continuada y supervisada)

JUNTA DE VIGILANCIA

Coincidimos en los comentarios planteados y son los siguientes.

- 1) En relación a la transferencia de las escuelas de enfermería al Ministerio de Educación, la experiencia del MSPAS en la formación de enfermeras lleva más de 70 años, no así el Ministerio de Educación; por lo que la transferencia total y precipitada, podría ser peligrosa para permitir la continuidad de su funcionamiento con los niveles alcanzados actualmente.
- 2) En relación a la referencia sobre el Auxiliar de Obstetricia Rural ya ha sido incorporado al informe final.
- 3) Aclara que el MSPAS también forma enfermeras de nivel superior tecnológico en la Escuela de Enfermería de Santa Ana, área que inició su funcionamiento.
- 4) La Escuela de Capacitación Sanitaria, a pesar de haber sido responsable de llevar a cabo cursos formativos, desde hace algunos años se ha dedicado más a la coordinación de seminarios y talleres de 1 a 3 días de duración. En cuanto al programa de becas intra-paises, sugiere su revisión ya que está sostenido más que todo en una base de improvisación.
- 5) En relación al registro y control del ejercicio profesional, destacan la necesidad de impulsar la vigilancia de la calidad del recurso humano que se esta formando. Coinciden en la necesidad imperiosa de una coordinación entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud, y de un mayor apoyo a las Juntas de Vigilancia.

En cuanto a lo propuesto sobre el autofinanciamiento del Consejo Superior de Salud y las Juntas de Vigilancia, sugieren se haga progresivamente, pues sin un presupuesto por parte del Estado, sería muy difícil actualmente su reorganización tan necesaria.

ESCUELA URBANA UNIFICADA "CONCHA V. DE ESCALÓN #2"

Los comentarios hacen referencia principalmente a problemas en la edición del documento.

REUNIONES

Se celebraron diez reuniones con personal de salud y representantes de la comunidad, así

07-02-94	SAN SALVADOR	SAN SALVADOR
09-02-94	CHALATENANGO	SENSUNTEPEQUE
09-02-94	SAN MIGUEL	SAN FRANCISCO MORAZAN
14-02-94	SONSONATE	USULUTAN
16-02-94	SANTA ANA	SANTA ANA

FORMACION Y CAPACITACION

- Promover la formación de enfermeras y auxiliares de enfermería con mayor capacitación. Hay problemas de falta de capacitación en las egresadas de algunas escuelas privadas. El MSPAS debería revisar los currículas de estas escuelas. (San Miguel)
- Promover la formación de más educadores en salud. (San Miguel)
- Dar mayor capacitación a los promotores y parteras. Hay algunos promotores que saben menos y hay algunas parteras ya muy viejas que necesitan más capacitación. Esta capacitación debe ser permanente: "reciclajes". (Sonsonate)
- El MSPAS debe hacer en lo posible capacitación en la localidad donde trabaja el funcionario o por lo menos cerca y no trasladarlo a San Salvador para cualquier capacitación y abandonar el servicio por varios días. En lo posible cuando se trata de médicos que están solos en una Unidad, tratar de enviar un suplente mientras tanto. (Sonsonate)
- Se debe citar a estas reuniones (de ANSAL) a las Universidades para modificar el "Plan de Estudio" de estas y adaptarlo a la realidad con que se va a encontrar el médico en la zona rural. (Sensuntepeque)
- No hay personal capacitado para la descentralización, rendición de cuentas, etc. (Usulután)
- Debe haber una escuela para promotores de manera que todos se formen en la misma manera y no haya competencia entre ellos.

ADMINISTRACIONMédicos, enfermeras, etc.

- Distribución no equivalente de recursos humanos, por ejemplo los médicos especialistas. (San Miguel)
- Necesidad de concientizar a los profesionales médicos sobre la necesidad de desarrollar la medicina preventiva y promover el desarrollo comunitario. (San Miguel)
- Se debe dar mayor salario a los funcionarios que realizan trabajos comunitarios en áreas rurales. (San Miguel)

- Seleccionar al funcionario por su idoneidad para ocupar el cargo (San Miguel)
- Distorsión en la utilización de los recursos existentes; como ser utilización en áreas para las cuales no fue capacitado. (San Miguel)
- Hay problemas en los servicios de salud por falta de motivación, por no haber incentivos y haber exceso de trabajo. Por ejemplo, una enfermera para 40 camas en el turno de noche no puede dar abasto mientras que en el nivel central hay mucho personal sentado en escritorios (Sonsonate).
- Definir necesidades del país en R.R.H.H. y establecer incentivos para que mejore su distribución (Chalatenango)
- En los médicos en el año social, hay que mejorar su capacitación en el área administrativa.
- Los recursos humanos deben ser en lo posible de la comunidad; se observa que a veces el MSPAS traslada a trabajar a un funcionario lejos de su residencia y entonces debe viajar los lunes, llegando tarde y los viernes saliendo temprano (Sonsonate)
- Los recursos no deben tener relación con la situación política y en caso posible, deben ser de la comunidad. (Usulután).
- Gente preparada por el MSPAS se va a trabajar en ONGs que son ministerios de salud pequeños: PROSAMI, FUSAL, etc. Debe haber coordinación en las acciones de captación de recursos. (Usulután)

RESUMEN

Se destacó la importancia de formar al médico para desempeñarse mejor en labores de salud comunitaria y medicina preventiva. Los funcionarios de los servicios en lo posible deben residir en su lugar de trabajo para evitar ausencias y disminución del horario de atención. Evitar la politización tanto en los nombramientos como en la promoción a cargos directivos. Tener en cuenta la idoneidad.

Promotores y empíricos:

Analizar la distribución, concentración y responsabilidades de los promotores de salud en el país.

- Revisar exhaustiva la responsabilidad de los promotores de salud en el tratamiento de IRA (y EDA).
- Es insuficiente el número de promotores de salud en áreas rurales, San Miguel y en Sensuntepeque
- En algunos lugares el promotor debe atender cerca de 150 familias.
- Se necesitan más promotores y empíricos adiestrados (Sonsonate). La supervisión de los promotores no debe ser una visita de pocos minutos, sino que el supervisor debe acompañar al promotor en su tarea diaria y ver como se desempeña (ONG Sonsonate)
- Promover la participación de promotores y empíricos en la toma de decisiones del programa de salud (Usulután)

- Ampliar el rol del promotor pero con cautela, no uniformizar (Chalatenango) La función del promotor debe ser ampliada pero "educado" para ello, evitar el "halo curativo" ("curanderismos?", Usulután)
- En Sensuntepeque el promotor del MSPAS consideró importante incrementar la capacidad de atención de los promotores y que debe haber coordinación entre promotores de distintas instituciones (el promotor de ADS dijo lo mismo)
- Las actividades que los promotores deberían hacer para mejorar la salud de la comunidad son: a) Actividades de promoción, prevención y educación, b) mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia, y c) Dar apoyo logístico para el transporte de los pacientes (Morazán)
- Falta de recursos humanos para salud comunitaria en apoyo a los promotores (San Miguel)
- Se debe de revertir los nombramientos de promotores por "causas ajenas" a su capacitación y vocación de servicio (Usulután)
- Es importante la atención que reciban los promotores de las ONGs para que los promotores se acerquen a los servicios del MSPAS. Debe haber una buena comunicación para poder coordinar acciones y alcanzar un mismo objetivo (dicho por un promotor de ONGs en Sensuntepeque). Se refiere a casos en que se coordinó la acción del promotor de MSPAS y OEF y se solucionaron problemas de un basural. Pero también hay casos (Villa Dolores) donde no hay coordinación entre promotores del mismo cantón.
- Hay localidades más privilegiadas que son atendidas al mismo tiempo por promotores del MSPAS y de ONGs y al gente acude a todos los servicios aunque después no tome las medicinas (dicho por ONGs en Sonsonate)
- El promotor de salud debe vivir en la comunidad para lograr la confianza de la población. Se destacó que algunos promotores (tanto del MSPAS como de las ONGs) no viven en las comunidades donde trabajan (Usulután)
- Los líderes de la comunidad deberían ser los elegidos para aspirantes a promotores de salud (Usulután)
- La labor educativa del promotor se diagnosticó como mal aplicada por ANSAI. todo mensaje debe discutirse y debe tener poder de penetración en la comunidad como por ejemplo la planificación familiar (Usulután)
- La política del MSPAS es que el promotor haga sus atenciones de casa en casa, en cambio el alcalde de Apastepeque prefiere que tengan un dispensario donde atender (ya construyó 6) y a su entender el trabajo del promotor es más efectivo en el dispensario

RESUMEN

Uno de los puntos más discutidos en las reuniones era el papel del promotor y la posibilidad de ampliar su campo de acción. Al respecto las posiciones están encontradas. Los funcionarios del MSPAS se rigen por la política de la institución que da a promotores labores de promoción y educación sanitaria y se niega a que tenga un componente curativo (esta reacción es más intensa en los médicos)

Mientras que las ONGs creen que el promotor debe desempeñar labores curativas en algunos campos bien delimitados y normalizados (IRAS, Atenciones de urgencias a heridas).

Los promotores de ONGs desean capacitación y desempeñar más actividades teniendo en cuenta las necesidades de su comunidad y los problemas de acceso a los servicios. Otros participantes (alcaldes miembros de EDUCO) están de acuerdo con ampliar el campo de acción del promotor que a veces es el único recurso de salud del cantón.

En cuanto a las empíricas desean más apoyo y capacitación de parte del MSPAS. Un punto de consenso es la necesidad de más promotores en cantones de áreas rurales teniendo en cuenta la difícil cobertura en poblaciones dispersas y con malos caminos. Algunas ONGs proponen que se revisen los criterios de cobertura por promotor por que consideran que hay muchos lugares que necesitan más promotores pero que el MSPAS ya considera cubierto. Se destaca como un componente que dificulta la accesibilidad de la mujer rural al promotor el hecho de que muchos de ellos son hombres.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Fielder John L., Gómez Luis Carlos, Bertrand William, **Antecedentes y Situación Actual del Sector Salud en El Salvador. Documento Informativo para la Evaluación Propuesta del Sector Salud, Anexo 1.** USAID, CLAPP and MAYNE,INC abril 1993

MSPAS, Unidad de Estadística de Salud, **Salud Pública en Cifras** (varios años)

MSPAS, Dirección de Planificación, **Plan de Salud 1985-1989**, septiembre 1984

MSPAS, **Plan Nacional de Salud 1991-1994**, febrero 1991.

MSPAS, **Memoria 1992-1993.**

Dirección General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, **Ley de Salarios 1989-90-91-92-93.**

Ley del Servicio Civil

Código de Salud

Departamento de Personal MSPAS, **Manual de Personal.**

Molina, Fabio, **Evaluación de Metas Asistenciales y Análisis de Actividades de Consulta Externa, Servicios de Apoyo y Hospitalización, Regiones Sanitarias y Centros Hospitalarios.** MSPAS, enero/diciembre 1991

Guerrero, Ana Maria, **Análisis de Factibilidad Técnica y Legal para descentralizar y desconcentrar el subsistema de empleo en el MSPAS.** MSPAS/OPS, agosto 1989

PASCAP/OPS/OMS, **Caracterización de la Situación en recursos humanos en Salud. El Salvador.** Publicación Técnica No. 33. San Jose de Costa Rica, abril 1993

GIDRUS, **Boletín.** MSPAS/UES OPS, Año 1, No. 2

GIDRUS, **Plan de Acciones 1992-1993.**

GIDRUS, **Investigación sobre la Fuerza de Trabajo del Personal del Sector Público de Salud,** Documento no publicado

Departamento de Salud Comunitaria, APSISA, **Evaluación de Actividades de Salud Comunitaria.** MSPAS, enero-junio 1993

Departamento de Salud Comunitaria, **Resumen Ejecutivo de Objetivos y Logros de Salud Comunitaria,** MSPAS, 1993

Secretaría de Reconstrucción Nacional, **Plan de Reconstrucción Nacional,** mayo 1993

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, **Programa de Desarrollo Gerencial, El Salvador, Modernización del Estado**, diciembre 1991.

MIPLAN, **Encuestas Nacional de Hogares, 1990/91, 1991/92.**

REACH/AID, **Estudio de Demanda, 1989.**

Gómez, Luis Carlos, **La Demanda de Servicios de Salud en El Salvador, MSPAS/ISSS/Colegio Médico/UES**, septiembre 1990.

Ministerio de Educación, **Educación Superior en Cifras 1988/1989, 1990/1991 y 1991/1992**, aún no publicado.

UES, **Registros Académicos de la Facultad de Medicina, 1993.**

Ministerio de Educación, **Proyecto de la Ley de Educación Superior**, mayo 1993.

Ministerio de Educación, **Ley de Universidades Privadas, Decreto No.244, 1965.**

Departamento de Educación Media, **Diagnóstico de la Educación Media en El Salvador, Primera versión** (documento de trabajo), Ministerio de Educación. 1992

FUSADES, **Análisis de la Consulta Externa de Especialidades Privatizadas en el ISSS.**

ISSS, **Estadísticas en Salud 1992/93.**

División de Salud Depto, Auditoría en Salud, **Manual de Normas y Procedimientos para realizar la Auditoría Médica del ISSS**, agosto 1992.

Comité de Auditoría, **Auditoría Médica. Período enero a junio 1993. Centro de Atención "15 de setiembre"**, ISSS, 1993.

Díaz Orellana, Herbert Leonel, **Documento Básico para la Formulación de la Política de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud de El Salvador**, mayo 1988.

Pérez, Rina Yolanda, **Relación Oferta-demanda de Recursos de Enfermería y su Implicación en la Prestación de Servicios de salud: papel de la enfermería ante esta realidad**, ponencia, mayo 1992.

Escuela de Capacitación Sanitaria, **Sistema de Información Gerencial, Bases y Fortalecimiento**, Curso Modular de Administración en Salud. MSPAS/OPS. 1990.

Unidad de Educación para la Salud. Escuela de Capacitación Sanitaria, **SILOGUIA**. MSPAS/ INCAP. 1989.