

EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

INSTRUMENTO N°4

Contexto General

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

En el contexto económico es importante señalar que en el período 2004 – 2009 según los datos de la Encuesta de Hogares la pobreza aumentó del 34.6% de hogares al 37.8%. Dato de hogares pobres con lo que se encontró la actual gestión gubernamental en El Salvador; sin embargo, las mismas mediciones señalan que para el año 2012 el 34.5% de los hogares se encuentran en pobreza, lo que confirma que se ha reducido la cantidad de hogares en situación de pobreza en El Salvador. En materia de desempleo entre el año 2004 y el 2009, el este aumentó del 6.8% de la Población Económicamente Activa (PEA) al 7.3%; mientras que para el año 2012, el desempleo se ubica en 6.1% de la PEA a nivel nacional, es decir que el desempleo se ha reducido niveles inferiores a los de hace 8 años. Todo ello es resultado de la inversión social que el Estado salvadoreño ha realizado en el período 2009 – 2012 y que forma parte de su Política Nacional de Protección Social del gobierno 2009-2014, con esa inversión se han generado empleos y se ha dinamizado un poco la economía nacional.

La misma fuente señala que en cuanto a la salud para el período 2004 – 2009 empeoró la atención en salud a la población, las personas que tuvieron alguna enfermedad aumentaron de 12% en el 2004, a 16% en el 2009; mientras que para el año 2012 se reporta que el 12% del total de la población a nivel nacional, tuvieron alguna enfermedad o accidente.

Lo más importante a destacar dentro del contexto político en el período 2005 – 2013 en El Salvador es el proceso de transición que se vive a partir de mayo de 2009 en que asume la gestión del Estado una expresión política diferente a la que había gobernado el país del período 1989 – 2009.

Este proceso de transición política ha estado caracterizado por una priorización evidente desde el gobierno central para invertir en programas sociales en especial en materia de educación y salud, pues se les concibe como dos pilares fundamentales del desarrollo de la nación.

Es así que en la Política Nacional de Salud “Construyendo La Esperanza” presentada a la opinión pública en junio de 2009 se reconoce, por primera vez en documentos de este tipo, que la salud es un derecho humano fundamental y tal como lo establece la Constitución Política es un bien público, cuya garantía es responsabilidad del Estado salvadoreño.

Precisamente la Política Nacional de Salud (PNS) “Construyendo la Esperanza” define que para garantizar el derecho humano a la salud de la población salvadoreña eran necesaria la implementación de un Modelo de Atención en Salud Familiar, basado en la Atención Primaria en Salud Integral, y que para lograrlo era necesario iniciar con una reestructuración profunda desde el modelo de atención, el sistema de financiamiento y por supuesto los recursos humanos y equipos.

- b) El sistema de salud y su contexto sectorial amplio (políticas, planes y programas), con énfasis en las nuevas iniciativas (si es el caso) en el contexto de la renovación y ampliación de la APS y los compromisos regionales de salud (Resoluciones de la OMS, la OPS y afines).

De acuerdo a lo establecido en el Plan de Gobierno para el período 2009 – 2014, en el tema de recursos humanos se plantearon los siguientes compromisos para fortalecer el Sistema Nacional de Salud:

1. Disposición de condiciones laborales adecuadas para el desempeño profesional.
2. Dotación suficiente y distribución adecuada del personal de acuerdo a necesidades geográficas, poblacionales, de equidad y de resolución del sistema reformado en un marco de planificación y regulación sectorial de los recursos humanos en salud.
3. Institucionalización de la carrera sanitaria.
4. Diseño e implementación de programas de capacitación y educación permanente que incentiven el desarrollo científico y técnico del personal.

Estos compromisos han sido establecidos en las estrategias 11, 18, 19 y 20 de la Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza” 2009-2014, oficializada en febrero 2010. Compromisos que fueron refrendados al desarrollar la identificación del déficit en la asignación de RR.HH en todos los niveles del SNS, encontrándose que era necesaria la contratación de 4,182 recursos humanos para los hospitales, 5,660 recursos humanos para garantizar la instalación de Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos F) a nivel nacional, y 1,340 recursos humanos de diversas especialidades para la instalación de Equipos Familiares Especializados (Ecos E) a nivel nacional.

La Reforma de Salud en El Salvador implementada desde junio 2009, tiene ocho ejes, el primero está referido al diseño de la Red Integrada e Integral de Servicios de Salud (RIISS), cuyo modelo de atención está basado en la Atención Primaria en Salud Integral, retomando los sus principios, valores y estrategias, así como los desafíos y compromisos regionales de salud para impulsar los sistemas de salud basados en APSI hacia el logro de la Cobertura Universal en Salud.

Contexto de RHUS

- a) Contexto del campo de los Recursos Humanos para la Salud (RHS), y las prácticas innovadoras, ¿Cómo los países se acercan a las iniciativas internacionales?, ¿Cómo la llamada a la Acción de Toronto (2005), las 20 Metas Regionales de Recursos Humanos Salud 2007-2015 (2007), la Declaración de Kampala (2008) y otros documentos de la OMS y la OPS han incidido en el desarrollo de las políticas en RHUS? Descripción de las prioridades del Ministerio de Salud en la agenda de los RHS, con el contenido obtenido de instrumento # 1 - Contexto general y prioridades.

Al iniciar la gestión del Ministerio de Salud en junio de 2009, se encontró la siguiente situación en materia de recursos humanos en salud:

1. Carencias serias en materia de Recursos Humanos necesarios para implementar la RIISS: Mejoras en la Dotación y Distribución de los RRHH, persistiendo el déficit de RRHH para la implementación de los procesos de cambio en la PNS (Integrantes del SNS).
2. Incipiente Planificación de los Recursos Humanos para garantizar la cantidad y calidad de los RHUS, existiendo una elevada brecha entre oferta y demanda.

3. Limitación en las competencias en el personal de salud requeridas para implementar el Modelo integral en salud con enfoque familiar y comunitario del SNS, basado en la APSI, con enfoque de derechos y determinantes sociales de la salud.
4. Déficit, especialmente en algunas especialidades categorizadas como críticas para mejorar el nivel de resolutivez del sistema de salud.
5. Déficit en cantidad y calificación de los agentes comunitarios de la salud: promotores de Salud.
6. Inequidades en la asignación de salarios, funciones y puestos que ya no son congruentes con la dinámica del SNS, ausencia de carrera profesional y administrativa de los trabajadores, conflictividad laboral.
7. La formación profesional y técnica del pregrado y postgrado no responde a las necesidades y requerimientos del SNS.
8. Carencia de regulación de los procesos de formación, acreditación, certificación y recertificación de RRHH.
9. La gestión de la capacitación en el SNS, que no considera la integralidad e integración, fragmenta los servicios y duplica los costos e interfiere con el desarrollo de los servicios.
10. Información de RRHH fragmentada, con enfoque de administración de RRHH, ausencia de un abordaje integral que permita información veraz y oportuna.

Para impactar en la situación general identificada, se definieron las siguientes prioridades:

1. Asegurar los Recursos Humanos necesarios para el Primer Nivel de atención de las RIIS, del Sistema Nacional Integrado de Salud y la pertinencia social y técnica de la práctica de los Promotores de Salud, en la articulación entre sus comunidades y el Sistema Nacional de Salud.
 2. Asegurar los Recursos Humanos necesarios para los Hospitales del Sistema Nacional Integrado de Salud.
 3. Reorientar y regular las Residencias Médicas en concordancia con las prioridades de de Salud.
 4. Desarrollo de Líderes para la Reforma de Salud.
 5. Desarrollar una Carrera Sanitaria para el conjunto de los trabajadores del Sistema Nacional de Salud.
 6. Reorientación de la Formación Profesional y Técnica acorde a los requerimientos de la Reforma de Salud.
 7. Educación Permanente para todos los trabajadores del Sistema Nacional de Salud.
- b) Proceso general de la implementación de programas de desarrollo de los RHS en el país: los éxitos, las principales dificultades, posibilidades de superar estos desafíos y lecciones aprendidas.

El proceso para planificar los recursos humanos necesarios para la implementación del Modelo de Atención en Salud Familiar, basado en la Atención Primaria en Salud Integral se inició en el mes de Abril del 2010; diseñado por un equipo de trabajo que elabora una propuesta de organización de los equipos de familia a nivel nacional, presentada y aprobada por la Autoridad Sanitaria y su gabinete. Dicha propuesta se definió con base a criterios poblacionales y territoriales, definiendo el tamaño y conformación de los Equipos de Salud tanto familiares como especializados, con base a ello se definió que cada Equipo de Salud Familiar (Ecos F) tendría como responsabilidad 600 familias, con un promedio de 3000 personas y que cada diez Ecos F se instalaría un Ecos Especializado, que cuenta con Médicos de tres especialidades básicas y especialistas de Fisioterapia, Nutrición, odontología, Salud Ambiental, Educación para la Salud, Enfermería y Psicología.

Con estas decisiones se realizó un análisis de los datos cuantitativos y cualitativos de los recursos humanos que estaban asignados en los diferentes establecimientos del Primer Nivel de Atención, lo que permitió definir las brechas de los recursos necesarios para la reorganización de los servicios de salud; en segundo momento se elaboró el presupuesto por etapas 2010-2014, que luego las autoridades presentaron al Ministro de Hacienda y a la Presidencia de la República, aprobando la primera etapa focalizando los municipios catalogados como de mayor pobreza en el país en congruencia con las prioridades definidas en el Plan de Gobierno.

La primer etapa de implementación del modelo de atención de salud familiar, inició en junio del 2010, donde a partir de la planificación nacional y aprobada la primera fase, cada equipo regional de salud (cinco Regiones) con sus coordinadores del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) a nivel de departamento, se fue mapeando los municipios a intervenir y a definir los espacios territoriales, revisar los recursos existentes y las brechas locales, acompañadas por la Dirección del Primer Nivel de Atención y la Dirección de Planificación.

Incorporar ruta crítica

La implementación del modelo no se ha dado de acuerdo a lo planificado en las diferentes etapas, principalmente por las limitaciones financieras; al 2013 se han implementado a nivel nacional 481 Ecos F y 36 Especializados, distribuidos en 164 Municipios, que representan el 62.6 % de los municipios del país, de los cuales 100 Municipios pertenecen al programa de comunidades solidarias tanto rurales como urbanos

Con este proceso se ha pasado en el primer nivel de atención de 7,724 recursos de salud en el 2009 a 10,676 a mayo 2013, aunque aún persiste la brecha, en la ejecución de la estrategia de aumento de contrataciones generada por el proceso de la Reforma de Salud, se han contratado en el MINSAL para mejorar la cobertura hasta el 2012 son 4,315 profesionales multidisciplinarios y agentes comunitarios; de ellos 2,815 son asignados al primer nivel de atención y 1,500 a Hospitales, de los cuales 120 son especialistas, lo que ha permitido mejorar el nivel resolutivo de las instituciones y la atención especializada en catorce hospitales.

En relación a las brechas identificadas en el 2009, y las proyecciones de contratación incremental planificadas al 2014, se ha logrado cubrir un 38% de ellas, con personal clave en el desarrollo de la Reforma de Salud y que ha sido objeto de un meticuloso análisis, para dar respuesta a las prioridades establecidas en los planes de la misma, y una de las debilidades ha sido la baja contratación de profesionales de especialidades, no solo de atención directa en salud, sino aquellas necesarias para la gestión en salud, servicios administrativos, logísticos y de apoyo para responder al resto de ejes prioritarios de la Reforma.

- c) En qué medida los programas específicos ha contribuido al fortalecimiento de los RHS y / o mejorar la prestación de servicios de salud.
1. Ahora se tiene identificado con mucha claridad la disposición de RHUS en todo el SNS, se sabe que se cuenta con un gran contingente de personas dispuesta a impulsar el modelo de salud diseñado.
 2. Además, se reconoce la importancia del recurso humano como parte fundamental de todo el sistema; se ha invertido mucho en formación a todo nivel y algunas áreas de trabajo han sido revaloradas.
 3. Adicionalmente desde el MINSAL se ha garantizado oportunidad de empleo para los profesionales de la salud, se han mejorado los procesos de calificación de los recursos

humanos, a través de los hallazgos del Estudio de Brechas del año 2010, se ha ampliado el espectro de recursos humanos formados, incluso hay recursos humanos que jamás habían sido formados y hoy han sido incluidos en los procesos de formación.

4. En el ISBM se ha fortalecido la apertura de las instituciones dando más acceso al trabajo del servicio de Atención Primaria de Salud, con ello se ha incrementado un poco la oportunidad de empleo; sin embargo es importante reconocer que ya no es posible que las instituciones formadoras estén inventando carreras, hay que trabajar para que la formación de recursos humanos se haga de acuerdo con las necesidades del sistema.
5. Incremento de la atención preventiva en el primer nivel con su consecuente decremento de atención preventiva en los hospitales.
6. Reducción de la mortalidad materna, justamente porque se ha ampliado la provisión de recursos humanos que atienden esta situación.
7. Reducción de los partos hospitalarios sin riesgo en maternidad, porque se han incrementado la atención en los hospitales de primero y segundo nivel.
8. Protección financiera de la cirugía ortopédica de todas las personas pobres que han sufrido accidentes y no tenían recursos para atender sus necesidades. Esto demuestra que cuando se ponen recursos humanos e insumos para resolver los problemas de la gente se logra un gran impacto, igual ha sucedido con los casos de ERC, con toda la inversión que se ha hecho ha incrementado la sobre vida de la gente que antes no tenía acceso a este tipo de atención.
9. Rompimiento de las barreras geográficas y económicas para el acceso a los servicios de salud, hay que reconocer el esfuerzo del gobierno en mejorar la capacidad instalada, son más de 225 millones de dólares invertidos en infraestructura, equipo y en los RHUS.
10. Hemos avanzado en cubrir la brecha urbana y rural en la ubicación de los recursos humanos, pasando de tener un 6% de RHUS en lo rural a un 24%, esto ha quedado ampliamente demostrado con la medición de las metas.
11. Se ha logrado el empoderamiento de los RHUS, pues se han volcado al trabajo con las comunidades, se han sensibilizado con el trabajo desarrollado, ahora se identifican con el cambio del sistema.
12. Sobre la base de la planificación previa, se ha incrementado sustancialmente la disponibilidad de recurso humano en todo el SNS, contamos ahora con alrededor de 6,000 RRHH nuevos, de los cuales la mayoría están asignados al primer nivel de atención.
13. Antes el ISBM ofrecía servicios privados de salud a través de la figura de sub contratación; sin embargo ahora la atención en el primer nivel es directa, ya no es a través de terceros y se ha mejorado la coordinación con los otros componentes del SNS.
14. Producto de toda la experiencia y la nueva visión sobre los RHUS impulsada por el MINSAL, ahora en el ISBM se cuenta un Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, eso es un avance sustancial muy importante en esta institución.

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

1. **Programa de Incentivos por Resultados:** es necesario definir tipo de incentivos por resultados de los RHUS y la diferenciación salarial por la responsabilidad asumida del RHUS e incentivar a los profesionales principalmente especialistas para el trabajo comunitario.
2. **Programa de Financiamiento de los RHUS:** es urgente trabajar en un modelo de financiamiento de los RHUS a fin de garantizar la estabilidad laboral, el acceso universal de la población a los servicios de salud sin duplicación de esfuerzos con otros prestadores públicos de salud. En esta área además es importante garantizar un sistema de remuneración de acuerdo a la responsabilidad asignada y a la ubicación geográfica del RHUS.
3. **Programa de Formación de RHUS de zonas geográficas alejadas de la ciudad:** es de vital importancia realizar un diagnóstico de las áreas de difícil acceso geográfico y garantizar cupos desde las escuelas formadoras para estudiantes de esas zonas interesados en formarse en un área de la salud. Además es urgente diseñar, aprobar e implementar una Política de Formación de Recursos Humanos en Salud, de acuerdo con el perfil epidemiológico y las necesidades del país.
4. **Programa integrado de formación de pregrado con las instituciones formadoras de personal de salud en el marco de la APSI:** esto implica incluir en los programas curriculares de las universidades y de las instituciones formadoras las necesidades concretas del país y del SNS, así como a los énfasis del Modelo de Atención definido.
5. **Programa de residencias médicas y especialización integrado y homologado con los mejores estándares disponibles a nivel nacional en coordinación con el ISSS:** sería deseable por ejemplo, que las residencias médicas se administren en la Escuela de Gobierno, ello implica todo un proceso de negociación para tomar el acuerdo respectivo y empezar por analizar lo que se tiene y decidir ¿Qué vamos a hacer con lo que tenemos?, hay que buscar una estrategia para aprovechar mejor a los recursos humanos en residencia médica, buscando extender los programas de residentado que actualmente se tienen para crear especialistas que suplan la necesidad hospitalaria y fortalecer el primer nivel de atención, al mismo tiempo.
6. **Programas de especialización en la gestión de servicios de salud en red incluyendo la gestión hospitalaria, la salud familiar y comunitaria:** es urgente garantizar en primer lugar las cuatro especialidades básicas durante 24 horas en todos los hospitales nacionales, para luego pasar a las redes de servicios.
7. **Programa integrado de especialización en salud pública, epidemiología descriptiva, epidemiología social e investigación:** es urgente proceder a una especialización integrada para elevar el grado de resolutividad de los equipos comunitarios de salud familiar en terreno, de acuerdo a las demandas y necesidades concretas del Modelo de Atención definido e impulsado.
8. **Programa de especialización en salud familiar para los RHUS asignados en los Ecos F:** es vital proceder a especializar al personal que forma los equipos comunitarios de salud familiar según las debilidades identificadas y las necesidades del sistema para la implementación del Modelo de Atención definido, a fin de realizar los ajustes pertinentes en la composición actual de los equipos comunitarios que prestan servicios de salud.

Análisis crítico y descriptivo

--

Análisis crítico y descriptivo del programa con base en las entrevistas con los grupos de interés identificados. Se espera que en este análisis se presenten los puntos de vista de los encuestados, señalando sus similitudes y diferencias, con el siguiente contenido básico:

a) Árbol de consulta y decisiones del programa.

El proceso de planificación de los recursos humanos para la organización de los servicios de salud del primer nivel de atención para la implementación del Modelo de Atención en Salud Familiar, basado en la Atención Primaria en Salud Integral inició en el mes de Abril del 2010. Es el resultado concreto del esfuerzo de un equipo de trabajo conformado por la Sra. Ministra de Salud, principalmente entre la Dirección del Primer Nivel de Atención y la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos aunque en todo el proceso se han integrado diferentes actores al equipo de trabajo, incluidos algunos que no son exclusivamente del MINSAL, como es el caso del ISSS, ISBM y el COSAM.

Este proceso de inicia elaborando una propuesta de organización de los equipos de familia a nivel nacional, que se fue consultando con la Sra. Ministra y su equipo de gabinete, definido con base a criterios poblacionales y territoriales.

Una vez definida la conformación de los Ecos-E y Ecos-F se procedió a realizar un análisis de los datos cuantitativos y cualitativos de los recursos humanos que estaban asignados en los diferentes establecimientos del Primer Nivel de Atención, lo que permitió definir las brechas de los recursos necesarios para la reorganización de los servicios de salud; En un tercer momento se elaboró el presupuesto por etapas 2010-2014, que luego las autoridades ministeriales presentaron al Ministro de Hacienda y a la Presidencia de la República, para solicitar la respectiva autorización y asignación de recursos financieros.

Al asumir la tarea encomendada por la Sra. Ministra de Salud se inicia elaborando un Diagnóstico Rápido RRHH para saber con qué se contaba concretamente tanto en el primer nivel de atención como en hospitales.

Cada avance se le iba presentando a la señora ministra y su gabinete para su aprobación, se hicieron reuniones con su gerente de operaciones, Vice Ministros y con el Ministerio de Hacienda para ir negociando el dinero, así como con la Secretaría Técnica de la Presidencia para que el Sr. Presidente diera el aval político al proceso, cada paso fue aprobado por la Sra. Ministra.

Es importante señalar que al momento de iniciar con este trabajo, en el MINSAL aun no había Dirección de Hospitales, ni Dirección de Primer Nivel de Atención, dado que en la gestión anterior todo estaba concentrado en una estructura que se denominaba Dirección General de Salud; por eso con la llegada de las nuevas autoridades lo primero que se hace es la creación de dos Vice Ministerios y se crean además las Direcciones que cada uno tendría acorde al proceso definido en la Política Nacional de Salud "Construyendo La Esperanza", allí estaba ya definido el proceso a seguir y las necesidades a solventar.

De ese primer diagnóstico rápido se obtiene el dato concreto sobre el déficit de recursos humanos, estimando que eran 14,000 RRHH los que hacían falta en el sistema; análisis y estudios posteriores vinieron a confirmar que el dato obtenido en este primer diagnóstico rápido estaba bastante acertado.

Los éxitos, dificultades, desafíos y lecciones aprendidas en la implementación del programa.

Éxitos:

1. Incremento de la atención preventiva en el primer nivel con su consecuente decremento de atención preventiva en los hospitales.
2. Reducción de la mortalidad materna, justamente porque se ha ampliado la provisión de recursos humanos que atienden esta situación.
3. Reducción de los partos hospitalarios sin riesgo en maternidad, porque se han incrementado la atención en los hospitales de primero y segundo nivel.
4. Protección financiera de la cirugía ortopédica de todas las personas pobres que han sufrido accidentes y no tenían recursos para atender sus necesidades. Esto demuestra que cuando se ponen recursos humanos e insumos para resolver los problemas de la gente se logra un gran impacto, igual ha sucedido con los casos de ERC, con toda la inversión que se ha hecho ha incrementado la sobre vida de la gente que antes no tenía acceso a este tipo de atención.
5. Rompimiento de las barreras geográficas y económicas para el acceso a los servicios de salud, hay que reconocer el esfuerzo del gobierno en mejorar la capacidad instalada, son más de 225 millones de dólares invertidos en infraestructura, equipo y en los RHUS.
6. Hemos avanzado en cubrir la brecha urbana y rural en la ubicación de los recursos humanos, pasando de tener un 6% de RHUS en lo rural a un 24%, esto ha quedado ampliamente demostrado con la medición de las metas.
7. Se ha logrado el empoderamiento de los RHUS, pues se han volcado al trabajo con las comunidades, se han sensibilizado con el trabajo desarrollado, ahora se identifican con el cambio del sistema.
8. Sobre la base de la planificación previa, se ha incrementado sustancialmente la disponibilidad de recurso humano en todo el SNS, contamos ahora con alrededor de 6,000 RRHH nuevos, de los cuales la mayoría están asignados al primer nivel de atención.
9. Antes el ISBM ofrecía servicios privados de salud a través de la figura de sub contratación; sin embargo ahora la atención en el primer nivel es directa, ya no es a través de terceros y se ha mejorado la coordinación con los otros componentes del SNS.
10. Producto de toda la experiencia y la nueva visión sobre los RHUS impulsada por el MINSAL, ahora en el ISBM se cuenta un Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, eso es un avance sustancial muy importante en esta institución.
11. Pese a la crisis económica mundial este gobierno ha hecho una fuerte inversión en salud, esta inversión ha estado más apegada a garantizar los derechos de la gente y a luchar por satisfacer las necesidades más fundamentales de la gente.
12. Los indicadores que se miden en la vigilancia sanitaria demuestran una franca mejoría y se ha mejorado sustancialmente la calidad y pureza de la información.
13. Mayor integración del trabajo en el equipo técnico que supervisa y coordina todo el trabajo de los SIBASI, promoviendo una coordinación que tome en cuenta las opiniones de los recursos humanos.
14. El trabajo en redes integradas de servicios de salud ha permitido que los diferentes actores en un territorio se reconozcan mutuamente, desde sus capacidades y limitantes, potenciando un mejor servicio a la población.
15. El enfoque intersectorial del trabajo ha obligado a buscar involucrar a otros actores y sectores dentro de la dinámica del construir desarrollo que conlleven a la salud.

16. La decisión política y estratégica de implementación y operativización simultánea del Modelo de Salud Familiar, ha permitido la construcción paulatina del modelo, haciendo los ajustes pertinentes mediante la combinación de varios elementos.
17. Hacer realidad el derecho humano a la salud, la gente reconoce que tiene derecho a la salud y que puede demandar mejores servicios, ahora la gente participa y habla más sobre este derecho.
18. El trabajo de contraloría de la ciudadanía es todo un éxito, ahora hay mucha más denuncia y contraloría de parte de la gente; es deseable que esta experiencia continúe avanzando. Esto es importante, porque un alto porcentaje del trabajo de contraloría social se dirige hacia la labor y desempeño de los RHUS, responsables de brindar una atención con calidez y calidad.

Dificultades:

1. Altos índices de violencia en todo el país.
2. Polarización y conflictividad laboral en coyunturas específicas.
3. Permanente amenaza de desastres naturales.
4. Emergencias sanitarias.
5. Poca cultura institucional en materia de desarrollo de recursos humanos en salud.
6. Alto número de médicos en servicio social formando parte de los Ecos-F.
7. Integración de Ecos-F y Ecos-E con recursos humanos existentes en el sistema y con recursos humanos contratados exclusivamente para esta tarea.

Desafíos:

1. Resolver los problemas que aún persisten de compromiso y actitud en algunos recursos humanos, recordando que ello no se resuelve exclusivamente con capacitaciones.
2. Garantizar las cuatro especialidades básicas durante 24 horas en todos los hospitales nacionales.
3. Implementar un sistema de incentivos para mantener a la gente en los lugares lejanos, es necesario lograr que los especialistas sientan el deseo de trabajar en Morazán y no sólo en San Miguel, por ejemplo.
4. Formar habilidades de supervisión para fortalecer la capacitación en servicio y el desempeño de los recursos humanos en salud; además de aplicar los debidos procesos en cada caso de monitoreo de los recursos humanos.
5. Mejorar los instrumentos y mecanismos de evaluación de desempeño de los recursos humanos.
6. Mejorar y cualificar los mecanismos de selección y contratación de recursos humanos, a todo nivel dentro del SNS.

Lecciones Aprendidas:

1. Es fundamental para lograr el éxito en el proceso de planificación de recursos humanos en salud, lograr una vinculación efectiva entre lo técnico y político. Las personas que gerencian recursos humanos deben contar con una visión clara de hacia dónde va el SNS y además estar dispuestos a trabajar en coordinación con las diferentes estructuras de prestación de servicios de salud a nivel de país.
2. Los servicios primarios de salud para el ISBM no son negociables, no se deben subcontratar, no se puede brindar a distancia, la única forma de garantizar eficiencia es brindado dichos servicios en forma directa, con calidad y compromiso.

3. A través del trabajo práctico desarrollado en todo este proceso, se ha redescubierto la mística y vocación de servicio de los RHUS, hay que seguir fortaleciendo este aspecto.
4. Garantizar el enfoque de gratuidad y de integralidad en la prestación de los servicios de salud, partiendo de rescatar en la PNS la visión de la salud como un derecho humano fundamental.
5. La efectividad en el establecimiento de alianzas con la sociedad civil organizada (Foro Nacional de Salud) y otras instancias públicas, ha demostrado que el trabajo intersectorial aunque es lento es muy efectivo.
6. La consolidación del trabajo en equipo promoviendo el liderazgo asertivo, un liderazgo más positivo, empieza desde el concepto y enfoque de equipo comunitario de salud familiar.
7. La importancia de desarrollar estrategias de comunicación para el cambio de cultura institucional, sobre todo en materia de recursos humanos en salud.
8. Fundamentar en evidencia científica la distribución de los recursos humanos. Igual sucede con la asignación de tecnología, pues hay que ubicar los recursos humanos de acuerdo a pertinencia de demandas y necesidades de la gente.

Los factores que contribuyeron al logro de los resultados esperados o no.

1. Definición de planes de desarrollos de recursos humanos en salud para señalar la ruta de acción.
2. Desarrollo de un Foro internacional de recursos humanos, con el apoyo de OPS, contando con la participación de los ministerios de Hacienda, de trabajo y de salud para poder diseñar una estrategia conjunta.
3. Gestión de recursos para la ejecución de los planes de desarrollo de recursos humanos definidos y aprobados.
4. Definición de la conformación de los Ecos Familiares y Ecos Especializados para acercar los servicios de salud, de acuerdo al mandato establecido en la PNS "Construyendo La Esperanza".
5. Elaboración de una propuesta para conformar Equipos Comunitarios de Salud Familiar Básicos y Especializados (Ecos-F y Ecos-E), identificando necesidades de contratación de recursos humanos y necesidades de inversión financiera.
6. Respaldo político y financiero desde la Presidencia de la República y el Ministerio de Hacienda a la Reforma de Salud impulsada técnicamente desde el MINSAL.

Programa futuro de nuevas intervenciones, investigación y formación.

1. Completar las cuatro especialidades básicas a nivel hospitalario las 24 horas a nivel nacional, sino se puede contratar nuevo personal hay que hacerlo mediante las residencias.
2. Humanización del cuidado, por el momento se están dando servicios de salud altamente competitivos pero hay una deuda importante en calidez que es necesario resolver.

3. Programa de evaluación continua analizando la forma de mejorar la distribución y efectividad de los recursos humanos en salud en todo el territorio nacional y no sólo en los municipios más pobres.
4. Institucionalizar internamente y territorialmente la participación social en salud, llegando a todos los territorios para que sobre la base de amplia discusión y análisis, sean tomadas las mejores decisiones en la búsqueda de la mejor forma de beneficiar a la población.
5. Incorporar el eje de financiamiento y cooperación externa en la propuesta de reforma de salud.

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

Para recolectar datos se procedió a hacer una revisión documental de diversidad de material escrito sobre los ítems contenidos en el instrumento.

Para recopilar la información proporcionada se procedió a programar y desarrollar dos grupos focales y dos entrevistas directas:

- Grupo Focal con miembros de la Comisión Nacional de Recursos Humanos, 27 de agosto.
- Grupo Focal con miembros de la Dirección del Primer Nivel de Atención, MINSAL, 28 de agosto.
- Entrevista con el Director de Planificación del MINSAL, 30 de agosto.
- Entrevista con el Coordinador del SIBASI San Miguel del MINSAL, 29 de agosto.

Logrando obtener la opinión de 13 personas, cuyos nombres y cargos se proporcionan a continuación:

País	EL SALVADOR
Nombre y Cargo del entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> • Argelia Dubón, Directora del Primer Nivel de Atención, MINSAL. • María Ángela Elías Marroquín, Directora de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL. • Matías Villatoro, Coordinador de Servicios de Salud, Dirección del Primer Nivel de Atención, MINSAL. • Manuel Beza, Director de Planificación, MINSAL. • Arelys Crespo García, Asesora de OPS para el Primer Nivel de Atención del MINSAL. • Rodolfo Peñate, Director Región Occidental de Salud, MINSAL. • Susana Calderón, Directora Región Paracentral de Salud, MINSAL. • Milagro Segovia, Directora Región Central de Salud, MINSAL. • Roberto Cruz, Director Región Oriental de Salud, MINSAL. • Jeannette Alvarado, Directora Región Metropolitana de Salud, MINSAL. • Concepción Castaneda, Jefa de la Unidad de Enfermería, MINSAL. • Ricardo Santamaría, Coordinador SIBASI San Miguel, Región Oriental de Salud, MINSAL. • Ing. José Atilio Flores Portillo, Encargado de Bienestar Social del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) de El Salvador.