

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas - León.**



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

**Situación del desarrollo de los recursos humanos de
atención primaria en salud del SILAIS Madriz,
Septiembre a Noviembre de 2004.**

AUTORES:

Br. Jader Matute Matute

Br. Nancy Martínez Urbina

Tutor:

Dr. Juan Almendárez Peralta

León, Nicaragua 2005

INDICE

INTRODUCCIÒN.....	1
ANTECEDENTES.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
OBJETIVOS.....	5
MARCO TEORICO.....	6
MATERIAL Y METODO.....	35
RESULTADOS.....	40
DISCUSION DE RESULTADOS.....	44
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	53
ANEXOS.....	56

AGRADECIMIENTO

Resulta difícil reunir en breves palabras el profundo agradecimiento que experimentamos por todas aquellas personas que de una u otra forma participaron en nuestro estudio.

No obstante queremos dejar aquí plasmado nuestras frases de gratitud.

Al Dr. Asención Urbina Gutiérrez por su paciencia e instrucción, quien desinteresadamente y con gran empeño nos brindó todo el tiempo en la elaboración de este trabajo.

Al Dr. Juan Almendarez Peralta, cuyo asesoramiento y tiempo brindado, hicieron posible realizar nuestro estudio.

No podemos dejar de mencionar al personal del SILAIS-Madriz, por su amabilidad y colaboración.

DEDICATORIA

En la realización de este estudio fuimos motivados por razones que tratan de experiencias vividas que sirvan de enseñanza a los demás y escribimos lo que entendemos que pueda hacer útil en un momento determinado.

Dedicada a:

Dios: Fuente de sabiduría y luz, el cual nos dio la vida, luz que ilumina nuestra mente y nuestro corazón.

A nuestros padres: Quienes han dedicado su vida para cumplir nuestros sueños que son ejemplos de admiración y respeto que nos apoyan en todo momento.

RESUMEN

En Nicaragua se han realizado pocos ejercicios de valoración del desarrollo del personal de salud. Y a nivel de SILAIS y sus municipios es mínima la información con que se cuenta. Esta Investigación tiene el objetivo de valorar la situación del desarrollo de los recursos humanos en el SILAIS-Madriz.

Se diseñó principalmente para conocer las percepciones de los trabajadores de atención primaria sobre los elementos que incorpora el programa de desarrollo de recursos humanos planificado por el Ministerio de Salud desde 1998 que se iniciaron las reformas, y a la vez conocer las repercusiones del programa en términos de la situación laboral y desarrollo profesional.

Es un estudio descriptivo de corte transversal. La población de estudio la constituyeron 172 trabajadores que forman parte de la plantilla de las unidades de salud que están relacionados directa e indirectamente con la atención del paciente, de esto se seleccionó 120 personas a través del programa informativo (C4-study desing Pack).

Para la recolección de la información se realizó cuestionario elaborado a partir de la propuesta de variables a considerar en la matriz básica del observatorio de recursos humanos de la O.P.S.

Encontramos poca participación de los Trabajadores en el plan de desarrollo de recursos humanos.

En la Situación laboral las principales repercusiones del programa de desarrollo de Recursos Humanos es el predominio de una inestabilidad laboral, desconocimiento o déficit de la aplicación de una política de incentivos clara para el personal de salud de atención primaria.

Hay déficit de desarrollo de la gestión de los Recursos humanos, debido a que en la mayoría de los Municipios se da un estilo de dirección no participativo.

No existe un plan de formación para el personal que se desempeña en las unidades de salud.

I.- INTRODUCCIÓN

El desarrollo de los recursos humanos emerge de la comprensión del Modelo de atención Integral del Ministerio de salud, del modelo de gestión de recursos humanos y de las necesidades actuales y futuras de desarrollo del personal. Este parte del desarrollo del talento Humano, el cual potencia el conocimiento profundo de si mismo, es integral, se origina en el campo del desarrollo personal, se traslada al campo de la interacción humana, social y técnico-profesional, e influencia el desarrollo organizacional[1].

En Nicaragua a partir del período 1990 al 1993 que se inicia la primera fase de transformación del estado: Programa de Reforma y Modernización del sector Público. En el sistema de Salud se inicia la etapa de descentralización mediante la creación de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) (en abril de 1991). Las reformas como tal, se incorporan en Julio de 1998, a través del “**Programa de Modernización del Sector Salud 1998- 2002**”.

Las reformas del sector salud se inician en el contexto de la globalización (Década de los 90), donde entran en juego nuevas reglas económicas, basadas en eficacia productiva, reducción del gasto social , donde lo importante era conseguir un rendimiento máximo en eficiencia y eficacia [2].

El Ministerio de Salud es el principal proveedor de los servicios de salud. Se estima que el seguro social atiende a 5% de la población y el sector privado a 4%. En la década de los ochenta, el INSS y sus recursos sanitarios pasaron a ser propiedad del Estado bajo el control y administración del Ministerio de Salud, pero desde 1992 se incorpora el Modelo de Atención **Previsional** que compra servicios de salud para los asegurados y sus dependientes, con fondos procedentes de las cotizaciones (del trabajador, el empleador y el Estado),el INSS transfiere las actividades de atención a las 32 Empresas Médicas Previsionales (EMP), y ejerce funciones de facilitador y supervisor de las acciones sanitarias para asegurar un mínimo de calidad en el otorgamiento de los servicios.

A la par de las reformas del Estado, El Ministerio de Salud impulsó cambios fundamentales como la descentralización hacia sus estructuras intermedias, los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS), cambios que requieren ser profundizados para alcanzar la equidad, la eficiencia y la eficacia debido a que a pesar de los avances realizados en la organización de la red pública aún persisten problemas, entre los cuales cabe destacar el desabastecimiento de insumos médicos y no médicos, la infraestructura deficiente y falta de equipamiento, el crecimiento inorgánico de las unidades, la falta de normativa técnico-administrativa, la demanda insatisfecha de algunos servicios, la saturación de la capacidad de atención de los hospitales, y la baja productividad y distribución inadecuada de los recursos humanos.[3].

En este ámbito el programa de Modernización del sector Salud, respaldado por el Banco Mundial y otras agencias cooperantes, está apoyando los esfuerzos de reforma y Modernización que ha emprendido el ministerio de Salud, y está desarrollando un proceso de modernización del sector que contribuya a mejorar la provisión de los servicios de salud, que sean equitativos, accesibles, eficientes y eficaces, en correspondencia con la política nacional de salud y la política social del estado [1].

En la Política Nacional de Salud 1997-2002, los contenidos de las reformas se establecen cinco Políticas a modernizar:

1. La modernización del sector Salud donde se definen nuevas funciones, roles y marcos regulatorios.
2. Fortalecimiento de Ministerio de Salud a Nivel Central, SILAIS, municipios y hospitales.
3. Fortalecimiento de la atención Hospitalaria
4. Las nuevas estrategias en Salud Pública con educación comunitaria, servicios clínicos preventivos y lucha anti-epidémica.
5. Reformas de la Seguridad Social.[4].

En la Política # 2: Fortalecimiento Institucional, se han venido modernizando una serie de procesos, entre los cuales se encuentran los procesos de gestión, pues el modelo centralizado no permite optimizar los recursos y deprime los niveles de eficiencia. Este componente además de impulsar el desarrollo de los sistemas institucionales, también está enfocado a la implementación de la calidad, al **Desarrollo de los recursos Humanos** en todos sus ámbitos, en beneficio de los servicios de salud que recibe la población.

La comprensión de las dimensiones modernas de la gestión de los recursos humanos, es el marco de referencia del desarrollo del personal, la gestión de los recursos humanos está presionada por los factores de cambio; como un entorno globalizado y cambiante, la modernización como tal, los avances científico –técnicos, mejora continua de la calidad, nuevos modelos de estructuras organizativas y la descentralización. Por tal razón el modelo es complejo, donde se debe lograr una interacción y balance entre la organización y las personas; así como lo estratégico y lo operativo.

II.- ANTECEDENTES

En el Ministerio de Salud laboran unos 23,000 trabajadores que en forma general reciben bajos salarios, desconocen los sistemas de incentivos a su desempeño, trabajan con serias limitaciones materiales y físicas, lo que resulta en una alta rotación interna y externa, altos niveles de desmotivación[4].

Se Han realizado pocos estudios sobre desarrollo de los recursos Humanos, un estudio reciente realizado en el SILAIS Managua en Noviembre de 2003 lo que se investigo en relación a Recursos humanos fue la obtención de información a través de informantes Claves y con entrevista semiestructurada sobre Competencias de los Trabajadores y necesidades en Formación y Capacitación; a partir de los datos se elaboró un Plan para Programar actividades y evaluar la gestión por Competencias.

El Departamento de Madriz se encuentra en el Noreste de Nicaragua a 216 Km. de la Capital (Managua), tiene una densidad poblacional de 66.3 hab./km², una Población Total de 133,250 habitantes.

Los trabajadores de la Salud del SILAIS Madriz en su totalidad son 456 (Atención Primaria más Atención Secundaria), siendo los de atención primaria (244) los que más interés se les debe prestar dada las condiciones de trabajo en la Zona; además en términos atención al paciente la mejora en la resolución del Primer nivel y el fomento de los servicios preventivos, conllevan a una mejor atención integral; sin embargo debe haber un plan de desarrollo de recursos humanos que incremente la motivación y el desempeño de estos trabajadores de la Salud.

En el SILAIS Madriz, según un diagnóstico de situación elaborado por María del Socorro Zepeda (Master en Salud Pública), hasta 1999 no había un plan de desarrollo institucional y recursos humanos. [5]. A Partir de Noviembre de 2003 se inició un proceso de Capacitación a las Unidades de Salud para la elaboración de un Plan de Desarrollo de los recursos Humanos en el SILAIS Madriz donde participan los trabajadores tomando en consideración las Dimensiones del desarrollo.

Se agudiza más la situación del trabajador cuando se da la flexibilización, nuevo modelo de contratación; que pudiera repercutir en la calidad de atención y en el desempeño del trabajador. Los recursos humanos como elemento esencial de los servicios de salud, son la clave para el logro de las políticas en la reforma, pero habrá que valorar su gestión que tiene que ser apreciada integralmente en los servicios de salud, no limitarse a la administración de personal, si no, que debe incorporarse la gestión del desempeño, de las relaciones de trabajo y de los conflictos, la educación permanente, basada en la premisa del trabajo como factor y espacio educativo, situación que se prevee mejorar con la planificación de un plan a largo plazo 2004 – 2007.

III.- PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Los Recursos Humanos son la clave para el éxito de las reformas. Se ha estudiado el avance de los procesos y el impacto de éstos en el ámbito laboral de los recursos humanos; sin embargo, en Nicaragua se conoce poco sobre el desarrollo del personal de salud y a nivel de los SILAIS y sus municipios es mínima la información con que se cuenta en relación a la Planificación, implementación y seguimiento del **plan de desarrollo**, por lo que consideramos necesario valorar la situación del Desarrollo de los recursos Humanos de atención primaria en salud en el SILAIS de Madriz.

IV.- OBJETIVOS

4.1.- OBJETIVO GENERAL:

- 1.- Valorar el nivel de desarrollo de los recursos humanos de atención Primaria en salud del SILAIS Madriz, Nicaragua.

4.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Valorar el nivel de Capacitación y formación de los Recursos Humanos.
2. Evaluar el nivel de satisfacción con el desempeño técnico – Profesional de los Recursos Humanos.
3. Conocer el grado de Participación del personal de salud en la implementación del programa de Desarrollo de los Recursos Humanos
4. Conocer la opinión del personal de salud sobre aspectos gerenciales.

V.- MARCO TEÓRICO.

La " Reforma del Sector Salud" tiene un amplio interés y todavía se hace difícil definirlo con precisión. "Reforma" implica cambio positivo, reestructurar y mejorar lo ya existente.

Puede definirse "reforma": como la "conversión hacia otra mejor forma " ó la corrección para las mejoras de algunos estados deficientes de las cosas. (Según Oxford English Dictionary) .Las reformas implican cambios de lo que está hecho y como se ha hecho.

La definición más precisa sobre **reforma sanitaria** se incorporó en 1995 por la Organización Panamericana de la Salud, la definió como: " **Un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población.** Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan"[6,11].

En el sector Salud se refiere totalmente a políticas, programas, instituciones y actores que proporcionan los cuidados de salud, tratamiento y prevención de enfermedades (Los recursos Humanos). Cambios de una parte del sector salud que afectaría a otras partes y estaría también restringido por las capacidades existentes.[7]

5.1 ¿PORQUÉ ES NECESARIA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD?

Mientras la gama de opciones para efectuar las reformas pueden ser cambiantes, la cara del problema para los países menos desarrollados deja desánimos constante.

Los escasos recursos son usados deficientemente: Los fondos públicos están siendo gastados en servicios inapropiados y de costes inefectivos, además el gasto en Salarios y los costes de operaciones parece ser que interfiere en la eficiencia, y el gasto en los servicios terciarios más que el nivel primario.

La población no puede acceder a los cuidados de salud que ellos necesitan: Esto resulta de una variedad de factores, como la pobreza individual, localización geográfica, edad, sexo ó carencia de empleo, servicios inhabilitados de tratamiento particular de problemas (Tales como las enfermedades de transmisión sexual) y mala planificación y dirección de los servicios de salud.

Los servicios no dan respuesta a lo que la gente quiere [8]: La población no podría aceptar la pobre calidad de la totalidad de los servicios justamente porque ellos están allí, y los servicios en muchos países son por lo tanto subutilizados [9].

5.2 CONTEXTO DE LAS REFORMAS

Existen seis factores que pueden ser identificados como parte de ese contexto [10] en el que se desarrolla la reforma:

5.2.1. Cambios demográficos y epidemiológicos:

El incremento en la proporción de la población anciana con relación al total de la población se evidencia en todos los países analizados en investigaciones exploratorias. Esto conlleva a un interés en la política sobre los cambios en los cuidados de salud. Al mismo tiempo, problemas de inequidad en la atención de la salud constituye una importante característica contextual de las reformas en países como Brasil, México y Tailandia. En estos países se está desarrollando una transición epidemiológica, enfermedades de la modernización se superponen a la del subdesarrollo y pobreza.

5.2.2. Cambios en el proceso económico y social:

Las reformas del sector salud, parten del pleno proceso de los cambios económicos y sociales. Algunos conflictos pueden ser un importante contexto. En Brasil en la década de los años ochenta se desarrolla la reforma dentro de un conflicto contra un régimen militar. En Rumania y otros de Europa central y del este las reformas del sector parten de cambios generales del estado dirigidos por la economía dominante y la fuerza de trabajo. En México un importante interés de las reformas del sector es la integración económica de México al tratado de libre comercio con Estados Unidos, y las implicaciones que esto conlleva en el pago de la seguridad social, el costo laboral y la socialización de la economía. Y en Tailandia el rápido crecimiento económico basado en la industrialización ha tenido un profundo efecto en el sector salud.

5.2.3. Economía y financiamiento de la política:

Durante la primera mitad de los años 90, las políticas de las reformas sectoriales tienden a reflejarse en una economía de libre mercado. Este fue el caso particular de Tailandia donde los cambios en la atención de la salud formó parte de una economía liberada, orientando el crecimiento del sector privado. En México la crisis económica de 1982 y 1994 condujo a desarrollar una política económica de desarrollar la privatización, restringiendo el gasto público, flexibilidad en el mercado laboral, el desarrollo de una economía interna, incentivos para inversión de capital extranjero y liberalización del comercio. Las reformas del sector salud también se

han desarrollado en Kenia dentro del contexto condicionadamente del Fondo Monetario Internacional y le Banco Mundial.

5.2.4. Régimen Político:

Las investigaciones sugieren la necesidad de entender las reformas del sector salud dentro del contexto del régimen político que prevalece. Esto ha proporcionado un importante elemento para la explicación del contenido y factibilidad de la implementación de las reformas.

5.2.5. Ideología, política pública y el sector público:

Las reformas sectoriales en sociedades desarrolladas, en desarrollo y en transición han estado influenciadas por la hegemonía ideológica mundial del neoliberalismo, dirección del mercado y " nuevos derechos" al acceso a los cambios sociales, económicos y políticos. Las reformas han expresado frecuentemente elementos fundamentales de esta transición ideológica a través de la introducción de que el usuario elija, promoción del sector privado [11], cambios en la estructura interna y operacional del sector público(a través de competitividad, mercado, descentralización y nuevos incentivos) , la introducción de un roll limitado del sector público y cambios en la financiación de la atención de la salud.

5.2.6. Factores externos:

Los factores externos con significancia incluye el roll y posición de las agencias internacionales multilaterales y bilaterales, la demanda de la competitividad económica internacional, y su efecto de los procesos de transición en otros países. La función de las agencias internacionales en países en vías de desarrollo es políticamente controversial comprometiendo en un problema la soberanía nacional, la conducción internacional asumida por el Banco Mundial en las reformas del sector salud ,tiene un impacto en el sector salud por los programas de ajustes estructurales [10].

El propósito del cambio es mejorar la eficiencia, equidad, Calidad y efectividad del sector Salud, y es prácticamente el objetivo fundamental de las reformas [7,11].

EQUIDAD: Se pretenden cambios en la cobertura, distribución, acceso a y uso de servicios. La accesibilidad es la facilidad con que la población puede recibir la atención que precisa, considerando tanto barreras económicas y estructurales, como organizativas, sociales y culturales

CALIDAD: Se define como la aptitud de un producto o servicio para satisfacer las necesidades de los clientes, y se parte de la base de que es un parámetro siempre cuantificable y siempre medible, pero en salud el producto se identifica con el servicio prestado [12].

EFFECTIVIDAD: Grado en que la atención sanitaria produce en la población el beneficio deseado tras una intervención en condiciones de aplicabilidad reales [12].

En términos de efectividad y calidad, las reformas Sanitarias influirán sobre la reducción de brechas en indicadores Básicos, se mide efectividad, calidad técnica y calidad percibida. Las RS pueden contribuir o están contribuyendo a la mejora de la efectividad global del sistema, pues mejoran indicadores como la mortalidad infantil, mortalidad materna, porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer, mortalidad por cáncer cervico uterino, incidencia de HIV/AIDS, incidencia de enfermedades Inmunoprevenibles y mortalidad por complicaciones agudas de diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial esencial en menores de 25 años, y disminución de complicaciones de pacientes la tercera edad con enfermedades crónicas no transmisibles [6].

Calidad técnica: se refiere a la competencia de los profesionales para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y recursos a su alcance para contribuir a la mejora del estado de salud de la población y proporcionar satisfacción a los usuarios [12]. En las reformas sanitarias se desarrollarán en los establecimientos del nivel primario y hospitales los comités de calidad, disponibilidad de medicamentos esenciales en los distintos niveles de atención y reducción de incidencia de infecciones hospitalarias.

Calidad percibida: Satisfacción de las expectativas de los usuarios. Las Reformas incluye la posibilidad de selección del prestador de servicios de atención primaria por parte del usuario, sin importar su capacidad de pago establecimientos con programa de mejora de calidez y trato al usuario , establecimientos con procedimientos específicos de orientación al usuario, centros de salud y hospitales con realización de encuestas de percepción u opinión a usuarios, comisiones de arbitraje o equivalentes , grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

EFICIENCIA: Grado en que se consigue el más alto nivel de calidad posible con los recursos disponibles relacionables, relacionando los costes generados con los resultados o beneficios medidos por su efectividad [12].

Incluyen dos variables operacionales: eficiencia en la asignación y eficiencia en el uso de los recursos. Se introducen mecanismos de asignación de recursos más eficientes por unidad territorial y/ o grupos poblacionales, a la vez que en la asignación de recursos se oriente para el desarrollo de: a) acciones intersectoriales y, b) programas de prevención de patologías de alta prevalencia.

En términos de eficiencia en la gestión de recursos las reformas pretenden contribuir a aumentar:

- a. El porcentaje de centros de salud y hospitales con medidas de actividad y rendimiento estandarizadas.
- b. El número de hospitales que mejoren indicadores cuantitativos de rendimiento hospitalario, si es posible desagregando la información entre subsector público y privado.
- c. El porcentaje de centros de salud y hospitales con negociación de compromisos de gestión.
- d. El porcentaje de establecimientos sanitarios públicos que pueden expandir el marco de gasto utilizando para ello nuevos ingresos.
- e. El porcentaje de centros de salud y hospitales con presupuestos basados en criterios de actividad.

5.3 IMPLEMENTACION DE LAS REFORMAS:

La implementación de las reformas suele ser lenta. Hay países (por ejemplo Chile, Nicaragua y Brasil desde los ochenta, y Bolivia Ecuador, Honduras y República Dominicana en los noventa) donde es posible distinguir diversas etapas de reformas del sector. En general, son procesos que toman varios años y a menudo, han de ser conducidos por gobiernos de diferente signo político [6].

En Nicaragua hasta la fecha se han realizado una serie de estudios con el apoyo de diversas agencias de cooperación (Banco Mundial, MSH-USAID y OPS/OMS).

Entre los que destaca: Encuesta de demanda de servicios, alternativas de financiamiento, el peso de la enfermedad, estudio de mercado laboral, avances en el proceso de reforma, cuentas nacionales, estudios de fuentes de financiamiento y gasto en salud, inventario de instrumentos reguladores (Normas, Manuales, Reglamentos en Salud), análisis del sistema de información y definición de estándares de calidad en los servicios del segundo y primer nivel de atención [13].

5.4 LOS CONTENIDOS DE LAS REFORMAS:

Los lineamientos de las reformas en América Latina están basados en 12 contenidos:

- ❖ Marco Jurídico
 - ❖ Derecho a los cuidados de la Salud y aseguramiento
 - ❖ Aumento de la Cobertura
 - ❖ Función rectora de los Ministerios de Salud*
 - ❖ Separación de funciones*
 - ❖ Descentralización*
 - ❖ Participación y control Social*
 - ❖ Financiamiento y gasto*
 - ❖ Oferta de servicios
 - ❖ Modelos de Gestión
 - ❖ Recursos Humanos
 - ❖ Calidad y evaluación de tecnologías
- [6,9*]

5.5 SEGUIMIENTO DE LOS CONTENIDOS DE LAS REFORMAS EN CENTRO AMÉRICA. LOS CAMBIOS IMPORTANTES SOBRE RECURSOS HUMANOS [13].

Nicaragua a través de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (**SILAIS**), y de estos al Municipio, se les ha transferido la autoridad y responsabilidad del territorio asignado. Para ello se les ha transferido la responsabilidad de definir gastos operativos de la Unidad y administrar los fármacos según perfil epidemiológico del territorio, con supervisión del Nivel Central a través del Sistema de Vigilancia e insumos Críticos y auditorios a posteriori. La nómina de recursos humanos y la asignación de nuevos recursos siguen centralizadas.

Estas dinámicas de procesos son similares en Países de África donde está cambiando las relaciones entre el nivel central o distrito y la periferia, con lo que el nivel local toma más o menos autoridad y responsabilidad. Toma diferentes definiciones estándares como: desconcentración, devolución, delegación y privatización; han sido extensamente descritos y discutidos [14].

5.5.1 Recursos Humanos:

- ◆ No se han producido modificaciones importantes en los procesos de formación para responder a las necesidades planteadas por las reformas.
- ◆ En unos pocos casos se introdujeron ciertos cambios en los curriculum de pregrado y postgrado.
- ◆ La participación de los trabajadores de la salud y sus representantes en el proceso ha sido muy limitada.

- ◆ No se han introducido claramente estímulos al desempeño del personal de salud, con excepción de algunos incrementos salariales.
- ◆ Se han realizado algunos esfuerzos para promover la práctica profesional con orientación multidisciplinaria con énfasis en el personal médico y, en un país, la capacitación de personal técnico de Atención Primaria.

5.6 POLÍTICAS DE REFORMA EN NICARAGUA [4].

5.6.1 MODERNIZACIÓN DEL SECTOR SALUD:

Definición de funciones y roles en el Ministerio de Salud, Instituto Nicaragüense de seguridad Social (INSS); establecer marcos regulatorios

5.6.2 FORTALECIMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD

2.1). Definición de Nuevos Roles de la institución:

- A nivel Central
- Sistemas Locales de atención Integral a la Salud
- Municipios
- Hospitales

2.2). Descentralización y autonomía

2.3). Financiamiento: Presupuesto fiscal, Venta de servicios, racionalización de la Cooperación externa.

2.4). Recursos Humanos:

- Participación de los trabajadores
- Formación y Capacitación
- Regulación
- Sistema de Incentivos
- Mecanismos de Contratación ,selección , promoción y retención
- Estrategias para cubrir la demanda insatisfecha de algunos perfiles de áreas de salud (fondo de suplemento Social).

2.5). Medicamentos

2.6). Investigación en Salud

2.7). Sistemas de información

2.8). Planificación e inversión

2.9). Control de Gestión

2.10). Participación Social

2.11). Calidad de la atención

5.6.3 FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA:

3.1). promoción de la Autonomía

3.2). Régimen Ambulatorio

3.3). Mejoramiento de la infraestructura y Equipo

3.4). Interacción de los dos Niveles de atención

- 3.5). Incorporación de los Profesionales a La Gestión Hospitalaria
- 3.6). Información a la Población
- 3.7). Organización de la Oferta para la Satisfacción del Usuario
- 3.8). Sistema de Atención Médica de Urgencias Hospitalarias

5.6.4 NUEVAS ESTRATEGIAS EN SALUD PÚBLICA:

- 4.1). Redefinición del modelo de Atención: De lo Curativo a lo Integral
- 4.2). Fortalecimiento de la Capacidad de resolución del Primer Nivel de Atención
- 4.3). Entrega de un Paquete Básico de Servicios a la Población
 - 4.3.1). Educación Comunitaria para la Salud. Promoción de estilos de Vida Saludables
 - 4.3.2). Servicios Clínicos Preventivos en el Primer Nivel de Atención
 - 4.3.3). Lucha Antiepidémica.

5.6.5 REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL:

- 5.1). Salud Previsional.
- 5.2). Riesgos Profesionales.
- 5.3). Pensiones.

Las Políticas de los recursos humanos del MINSA (1997-2002) pretenden enfrentar las distorsiones y deficiencias anotadas y buscan soluciones puntuales a los problemas presentados entre otros. Estas soluciones buscan:

1. Redefinir competencias, niveles y funciones en una estructura nueva de la administración de recursos humanos.
2. Transferir responsabilidades, competencias, recursos, poder de decisión y capacidad institucional desde el nivel central hacia los SILAIS, hospitales y otras unidades descentralizadas.
3. Introducir un sistema de capacitación basado en necesidades individuales e institucionales y con la evaluación de competencias.
4. Crear un sistema de carrera de los recursos humanos en le MINSA con avances basados en Méritos, enfocado en individuos y con oportunidades de progreso.
5. Enfocar la gestión en resultados, trabajo en equipo, cliente/usuario, transparencia y rendición de cuenta.
6. Introducir un sistema de evaluación del desempeño orientado por la calidad y la promoción de incentivos positivos.
7. Mejorar la calidad gerencial con gerentes que realmente gerencian, profesionales que toman decisiones y aceptan responsabilidades.[15].

En la Política Nacional de Salud 2004-2015 se establece en relación al desarrollo de los Recursos Humanos, además de seguir Planteando lo relacionado a formación – Capacitación, Incentivos, mecanismos de contratación selección; como estrategias establece:

1. Elaboración de Un plan de desarrollo de recursos humanos consensuado entre las distintas instituciones del sector, tanto formadoras como de provisión de servicios de salud, en función de las necesidades nacionales en salud, del modelo de atención y del desarrollo científico –tecnológico.
 2. Fortalecimiento del marco jurídico que regule la carrera administrativa sanitaria, a través de los mecanismos legales necesarios para regular el empleo y el personal de salud del sector.
 3. Desarrollo del Observatorio de los recursos Humanos del sector salud en el Ministerio de Salud, que permita contar con mayor información sobre la dinámica de los recursos humanos.
1. Mejoramiento de la eficiencia de los recursos humanos en los servicios de Salud del MINSA que se exprese e incremento de la productividad, calidad y el compromiso social de los trabajadores y que refuerce la defensa de los derechos ciudadanos.
 2. Establecimiento de mecanismo orientados a lograr la satisfacción, motivación y compromiso del personal de salud y que contribuyan al fomento en el personal de salud y de una cultura de calidad , humanismo y calidez en la atención[16]

5.7 EL CONTEXTO DE LAS REFORMAS EN NICARAGUA:

Contexto socioeconómico, político y demográfico [4].

Nicaragua se encuentra ubicada en el centro del istmo centroamericano y tiene una superficie de 130.682 km². Por la conformación del relieve, el país se divide en tres regiones: la del Pacífico, la del Atlántico y la central. La población no está distribuida de manera homogénea, sino que se concentra en la región del Pacífico, que ocupa 15,3% del territorio nacional y alberga 61,5% de la población total (con rangos de pobreza de 5% al 24%), y 76,4% de la población urbana. En la región central, que abarca 33,9% del territorio nacional, habita 32,6% de la población total (con rangos de pobreza de 15% a 35%), en su mayor parte rural. La región del Atlántico, que ocupa 50,9% del territorio nacional, solo alberga 5,9% de la población total (con rangos de pobreza de 35% a 45%).

El Gobierno electo en 1990 recibió un país en estado de posguerra, con una sociedad dividida y polarizada, y tuvo que enfrentar tres grandes problemas que demandaban solución a corto plazo: terminar la guerra, eliminar la hiperinflación y sentar las bases para un crecimiento económico sostenible, y resolver el problema de la propiedad y promover la inversión del sector privado.

El eje central del programa de ajuste económico del Gobierno de Nicaragua lo constituyó, junto con la fijación del tipo de cambio y una política monetaria y crediticia restrictiva, la reducción del gasto global del sector público a un nivel que pudiera ser financiado por ingresos ordinarios, donaciones externas, préstamos bilaterales y créditos de instituciones multilaterales. Igualmente, el plan de ajuste se vinculó a la privatización de empresas estatales, la reducción del número de funcionarios públicos y la apertura comercial internacional.

En 1996 la economía nicaragüense continuó con su ritmo de crecimiento sostenido desde 1994, reflejo de los esfuerzos de la política gubernamental de consolidar los programas de estabilización con crecimiento económico. En este contexto, el producto interno bruto (PIB) creció por tercer año consecutivo, esta vez 5,5%, la mayor tasa de crecimiento de los últimos 17 años; de esta forma el producto por habitante creció 2,3%.

Entre los factores que contribuyeron al crecimiento del PIB durante 1996 se pueden señalar la estabilidad macroeconómica, la apertura de la economía hacia el exterior y el dinamismo del proceso inversionista del sector privado. Los sectores de mayor crecimiento fueron los de agricultura, pesca, industria, construcción, comercio y servicios.

En 1996 la política salarial en el sector público continuó estando determinada por el proceso de ajuste estructural y reducción del gasto que se viene desarrollando desde 1991, y los sueldos se han mantenido congelados en el sector. El sector privado, por su parte, continuó con la política de libre determinación de salarios, salvo en lo que se refiere al salario mínimo legal. El salario nominal promedio a nivel nacional aumentó 9,1% con respecto al año anterior, en tanto que en el gobierno central aumentó solamente 2,8%. Por su parte, el salario de los asegurados por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) aumentó 7,6%, debido principalmente a los ajustes llevados a cabo en el sector privado. Las actividades en las que más aumentaron los salarios fueron las relacionadas con el transporte, la agricultura y la minería (23,4, 14,7 y 12,5%, respectivamente).

La política social está subordinada a la política económica de ajuste, y da prioridad a la búsqueda de mecanismos para optimizar el gasto social. Se establecieron fondos de emergencia social para compensar la caída de los ingresos de los grupos más pobres, se impulsaron acciones de autoayuda y los trabajos comunitarios cobraron relevancia como estrategia en la lucha contra la pobreza. El Gobierno diseñó varios programas para aliviar la pobreza, entre ellos el Fondo de Inversión Social, el Programa de Reconciliación y Rehabilitación Nacional, el Fondo de Acción para Sectores Oprimidos, el Fondo de Empleo Comunal y el Programa Solidario de la Producción.

5.7.1 Políticas y planes nacionales de salud:

La misión del Ministerio de Salud es asegurar a las personas el acceso a un servicio de salud que responda a sus necesidades reales y sentidas, y que enfatice la promoción y prevención de la salud con un enfoque integral y humanizado. Los grandes desafíos que enfrenta el Ministerio de Salud para cumplir con su misión y avanzar en la reforma institucional son incorporar nuevas modalidades de organización y gestión, adoptar nuevas alternativas de financiamiento, modernizar los hospitales, promover la protección de las inversiones en infraestructura y equipamiento, definir y proveer un paquete básico de servicios esenciales, priorizar territorios y grupos de riesgo, promover la salud y prevenir las enfermedades, alcanzar la eficiencia en la utilización de los recursos, y mejorar los sistemas de control de gestión.

Se trabaja en un modelo de atención para abordar los problemas de salud mediante una estrategia preventiva, integral, interprogramática y participativa para intervenir sobre los factores de riesgos. El perfil de salud de Nicaragua indica que se debe continuar dando prioridad a las mujeres y a los niños e incorporar a los adolescentes y a los ancianos. El énfasis de la atención de la salud de las mujeres se pone en la etapa de vida reproductiva mediante la planificación del embarazo, la atención del embarazo, el parto y el Puerperio, y la detección oportuna del cáncer de cuello uterino y de mama. En los niños, se controlan el crecimiento y desarrollo, la situación alimentaria y nutricional, y las circunstancias difíciles. En los adolescentes, se hace hincapié en la prevención de adicciones y del embarazo precoz y no deseado.

Para los ancianos, se destaca el autocuidado, la prevención y el tratamiento oportuno de las complicaciones, y se promueve la solidaridad y la responsabilidad de la sociedad para con los ancianos.

La Constitución Política de la República, la Ley Creadora del Sistema Nacional Único de Salud y las disposiciones contenidas en los acuerdos o instrumentos internacionales conforman el marco jurídico y conceptual de mayor fuerza en materia de salud. Las disposiciones y leyes han quedado desactualizadas debido al desarrollo del sector salud, el respeto al medio ambiente, la necesidad del control sanitario de medicamentos y alimentos y el avance de los derechos de los pacientes.

5.7.2 Organización del sector salud:

El Ministerio de Salud es el principal proveedor de los servicios de salud. Se estima que el seguro social atiende a 5% de la población y el sector privado a 4%. El Ministerio de Salud dispone de 873 unidades en el primer nivel de atención con una cobertura potencial de aproximadamente 3 millones de habitantes. A pesar de los avances realizados en la organización de la red pública aún persisten problemas, entre los cuales cabe destacar el desabastecimiento de insumos médicos y no médicos, la infraestructura deficiente y falta de equipamiento, el crecimiento inorgánico de las unidades, la falta de normativa técnico-administrativa, la demanda insatisfecha de algunos servicios, la saturación de la capacidad de atención de los hospitales, y la baja productividad y distribución inadecuada de los recursos humanos.

En la década de los ochenta, la infraestructura del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y sus recursos sanitarios pasaron a ser propiedad del Estado bajo el control y administración del Ministerio de Salud.

Desde 1992 el Modelo de Atención Previsional compra servicios de salud para los asegurados y sus dependientes, con fondos procedentes de las cotizaciones (del trabajador, el empleador y el Estado), a agentes prestadores de servicios organizados. Este modelo ha permitido una participación mayor del sector privado en el mercado de la prestación de servicios médicos. El INSS continúa con su tradicional función de recaudador de cotizaciones, transfiere las actividades de atención a las 32 Empresas Médicas Previsionales (EMP), y ejerce funciones de facilitador y supervisor de las acciones sanitarias para asegurar un mínimo de calidad en el otorgamiento de los servicios.

El establecimiento del modelo de Empresas Médicas Previsionales permitió la extensión de la cobertura a nivel nacional a 110.269 asegurados activos. En relación con el universo total de asegurados cotizantes en el régimen integral, el INSS ha logrado una cobertura de 71,3%. El INSS da protección sanitaria a 290.000 habitantes en todo el país.

A la par de las reformas del Estado, las principales instituciones que conforman el sector salud (el Ministerio de Salud, el INSS, el sector privado con y sin fines de

lucro, el Servicio Médico Militar y las entidades formadoras) han replanteado sus estrategias en búsqueda de soluciones a los problemas de salud de la población. El Ministerio de Salud impulsó cambios fundamentados y la descentralización hacia sus estructuras intermedias, los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS), cambios que requieren ser profundizados para alcanzar la equidad, la eficiencia y la eficacia. La seguridad social se ha orientado a financiar y regular a las Empresas Médicas Previsionales, a las que compra un paquete básico para sus asegurados. El Ministerio de Salud completa la atención de los asegurados en sus unidades mediante la atención gratuita a enfermedades no cubiertas por dicho paquete. Hasta el momento, el Modelo de Salud Previsional no presta servicios a pensionados y jubilados, los que siguen siendo atendidos por el Ministerio de Salud.

Para la operación de los SILAIS el país cuenta, en el primer nivel de atención, con 873 unidades productoras de servicios distribuidas en 708 puestos de salud, 165 centros de salud y 589 camas. En el segundo nivel de atención cuenta con 24 hospitales con 3.930 camas para casos agudos y 4 hospitales con 407 camas para casos crónicos, totalizando 4.337 camas hospitalarias (1 cama por cada 968 habitantes).

5.8 EL NUEVO ROL DEL MINISTERIO DE SALUD EN LAS REFORMAS

5.8.1 SISTEMAS LOCALES DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (SILAIS)

En el marco de la modernización del sector salud, los sistemas locales de atención integral en salud(SILAIS) se constituye en la unidad intermedia del Ministerio de Salud para atender y enfrentar la problemática de salud de la población que reside en un territorio definido (Un Departamento) y por la preservación del ambiente de ese territorio[4].

5.8.2 FUNCIONES GENERALES:

- ❖ Mantener sana a la población y tratar de disminuir las posibilidades de que sean hospitalizados por enfermedades o complicaciones.
- ❖ Profundizar la descentralización municipal.
- ❖ Adecuar las políticas y normas emanadas del Nivel Central a las realidades de su territorio.
- ❖ Elaborar propuestas acerca de la formación, capacitación y educación continua de sus recursos humanos.
- ❖ Facilitar a sus unidades la adquisición de medicamentos e insumos
- ❖ Dirigir el financiamiento hacia los municipios y hospitales de acuerdo a criterios de necesidad, eficiencia y equidad.
- ❖ Potenciar la participación de instituciones y grupos sociales en el abordaje y solución de los problemas de salud de la población y el ambiente.

- ❖ Supervisar, Monitorear y evaluar el desarrollo de sus unidades, en base a los objetivos y metas establecidos en sus planes y compromisos de gestión.
- ❖ Procurar que los profesionales de atención Primaria tengan un incentivo para atender más y mejor y asegurar una mejor derivación a los hospitales.

5.8.3 LOS MUNICIPIOS:

El proceso de descentralización debe profundizar hacia los municipios, a fin de acercar las decisiones prioritarias en cuanto a la atención Sanitaria de los problemas de Salud. Para ello adquieren las siguientes funciones:

- ❖ Aplicación de las Normas técnicas a la realidad epidemiológica de los Municipios.
- ❖ Capacidad de identificación y abordaje del riesgo de epidemias.
- ❖ Administración de los recursos que le son transferidos.
- ❖ Promoción de la participación ciudadana y comunitaria en los niveles locales correspondientes, a través de las diferentes organizaciones de los municipios.
- ❖ Establecimiento de los mecanismos de coordinación intersectorial.
- ❖ Ejecución de acciones integrales a grupos de población en riesgo y población en pobreza.

5.9 PLAN DE DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS:

En el ministerio de salud laboran unos 23000 trabajadores que en forma general reciben bajos salarios, no tienen incentivos a su desempeño, trabajan en serias limitaciones materiales y físicas, lo que resulta en una alta rotación interna y externa de personal, y en altos niveles de desmotivación [4].

5.9.1 El plan de Desarrollo de Recursos Humanos establece:

- ❖ **Un sistema de incentivos monetarios y no monetarios**(para trabajadores de atención primaria)

Estos se realizarán dependiendo del área geográfica y las características de las unidades de salud, pueden ser dotación económica por trabajo de terreno, por responsabilidad (jefe de programa), por estar laborando en zonas Rurales con inaccesibilidad geográfica. Los no económicos incluyen reconocimiento, posibilidad de un curso de formación, cargo administrativo.

- ❖ **Mecanismos adecuados de selección, contratación, promoción y retención.**
- ❖ Estrategias para cubrir la demanda insatisfecha de algunos perfiles del área de salud (Redistribución de personal sanitario, contratación temporal de Médicos y Enfermeras con el Fondo de suplemento Social)[2,13].

❖ **Participación de los trabajadores:**

Considerar la opinión del trabajador de la Salud en todo proceso de Planificación, diseño de modelos, asignación de recursos y estructura de los servicios. Permitir la participación de los trabajadores junto con los jefes de programas la programación de metas y estrategias, y los jefes de programas con el equipo de dirección.

El mejoramiento de los Servicios depende de la satisfacción de los trabajadores de la salud la que está ligada a salarios, estímulos efectivos, estabilidad laboral, seguridad social, planes de retiro y otras prestaciones.

❖ **Formación y capacitación:**

La capacitación debe obedecer a un plan de desarrollo, respondiendo a las necesidades del mercado.

Los Médicos:

- ✓ Diversificar la formación de postgrado en áreas Clínicas.
- ✓ Formación en áreas de planificación de servicios de salud
- ✓ Formación en Administración de empresas de Salud
- ✓ Gestión de Seguridad Social
- ✓ Investigación en Servicios de Salud
- ✓ Gerencia de Servicios y Toma de decisiones (Directores de Centros de Salud).

Auxiliares de enfermería y técnicos:

- Educación continua es la alternativa para mejorar su desempeño y su participación en la producción de servicios. Se hará una vez la semana y en dependencia de las prioridades de cada centro de Salud, según programas y perfil epidemiológico predominante.
- Programas de capacitación en áreas de cuidado ambiental, inspección Sanitaria, educación para la Salud y saneamiento intra hospitalario

Técnicos e ingenieros de Mantenimiento:

- Proceso de capacitación que les lleve a obtener la oportunidad de su certificación como técnicos Bio-Médicos e ingenieros Clínicos.

Regulación:

Sin perder la rectoría el Ministerio de Salud, dejará que los profesionales y técnicos asuman responsabilidades de su regulación. Las áreas de regulación a trabajar serían: el proceso de formación formal, el ingreso al mercado, las formas de competencia, la práctica y ética.

Se establecen comités de ética para el análisis y evaluación de la práctica clínica, consejos técnicos municipales y consejos técnicos ampliados a nivel de SILAIS, los que se reunirán según prioridad del SILAIS o casos específicos que se presenten durante el desarrollo de la práctica clínica y los Despachos (reunión conjunta del gremio Médico o Enfermería con el equipo de dirección).

Se incluyen además los comités de uso racional de medicamentos.

5.10 LOS RECURSOS HUMANOS EN LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD:

En los procesos de Reformas los Recursos Humanos son el elemento esencial de los servicios de salud, estos procesos afectan de alguna manera el desarrollo de los recursos humanos, y se aprecian ya evidencias de dicho impacto en el ámbito Laboral [17].

El Observatorio de los Recursos Humanos en Las Reformas Sectoriales es una iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de su Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, con la Colaboración de CEPAL y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), a través de la se está estudiando el desarrollo de los Recursos Humanos en las reformas.

Los temas de discusión relacionados a los recursos humanos se pueden agrupar en cuatro principales categorías [18].

Reducción de costes e incremento de la eficiencia.

Los siguientes factores pueden contribuir sobre los objetivos:

- ❖ Información exacta de la situación del personal
- ❖ Gestionar incentivos para reducir los costes de salario
- ❖ Métodos de determinar las necesidades del personal en términos de número y tipo.
- ❖ Coordinación entre la provisión de personal entrenado y la demanda en el sector salud
- ❖ Mayor flexibilidad en el ajuste al empleo
- ❖ Una expansión irregulada del sector privado

Mejorar el funcionamiento del personal.

Esto requiere consideraciones como las siguientes opciones:

- ❖ Proporcionando atractivos reconocimientos mientras se esta manteniendo sobre todo reducción de costes y se percibe un valor de diferentes condiciones de pago.
- ❖ Herramientas de información y cultura apropiada para la actuación en la administración del personal, tal como el uso de la autoridad en la herramienta de gestión.
- ❖ Requerimiento de nuevos cambios establecidos en la capacidad y prácticas de trabajo, en cambio nuevos mecanismos son requeridos para el desarrollo de estos.
- ❖ El impacto de ciertos tipos de reformas, tales como la descentralización, en los cursos de carrera tradicional, y la necesidad de nuevas formas de desarrollo de carrera.

Mejorando la equidad en la distribución de los servicios.

La naturaleza de la distribución del personal tiene un impacto directo en la equidad de la distribución de los servicios de salud. Hay importantes factores:

- ❖ Mecanismos efectivos para facilitar personal en áreas remotas.
- ❖ El nivel y naturaleza del control del centro y el nivel nacional, especialmente donde las reformas requieren descentralización de la responsabilidad y control.
- ❖ La libertad de servicios descentralizados para usar recursos adicionales para la recluta y retención de personal con el peligro de que estas medidas conlleven a incrementar la inequidad en la distribución de personal.

Desarrollo de una política de recursos humanos y capacidad de planificación.

Para hacer los cambios requeridos que se espera de las reformas, los Ministerios de salud requieren lo siguiente en relación a las políticas de recursos humanos y planificación:

- ❖ Usar una estructuras efectivas con diferentes grupos pero con roles complementarios en varios niveles de organización, las estructuras pueden necesitar cambios durante el proceso de reforma.
- ❖ Personal con capacidad necesaria en cada nivel, contra la capacidad requerida que pueden cambiar durante los procesos de reformas.
- ❖ Información de la situación actual del personal para la planificación y monitoreo de los objetivos [18].

5.11 GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS:

En la gestión se incorpora los procesos económicos, políticos, técnicos, culturales, etc que son inherentes al trabajador y que contribuye en la atención de la salud de la población, por ello no solo se incluirán los elementos técnicos de su trabajo, si no y de manera importante las relaciones Sociales e institucionales, relaciones de trabajo, y búsqueda de mecanismos efectivos de comunicación entre el gerente y el trabajador [4]. Sólo en estas condiciones se podría hablar de una perspectiva estratégica de la Gestión de los Recursos Humanos [17].

En muchas organizaciones de los servicios civiles hay un pequeño incentivo para la actuación del personal. El sistema de reconocimiento es bueno para la actuación o funcionamiento del personal y el maltrato del personal quiebra las reglas ó se da un funcionamiento pobre, son inefectivos por dos razones:

- a) Lo primero es el factor demora. El gerente quién está cerrado al trabajador individual, y por consiguiente no puede hacer el mejor juicio acerca de su actuación, no tiene el actual poder para tomar una acción apropiada.
- b) Lo segundo es el factor político. Los gerentes pueden estar empeñados en cambiar ó incluso anular decisiones técnicas hechas con los objetivos del terreno. El sistema de reconocimiento y la sanción por consiguiente llegan a ser inadecuados para el actual funcionamiento y consecuentemente inefectivo e incluso posiblemente dañe como herramienta de gestión[19].

Durante los procesos de reforma sectorial, se está en una superposición de dos Agendas de gestión, una Agenda Vieja correspondiente aun modelo de relaciones de trabajo estables y protegidas, centrado en el puesto de trabajo de duración indefinida y una Agenda nueva ó flexible correspondiente a un nuevo modelo regulatorio del trabajo caracterizado por la Flexibilidad laboral[10].

5.12 Se plantean dos agendas en la gestión de recursos humanos:

Vieja Agenda	Nueva Agenda
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desequilibrios en la disponibilidad, composición y distribución de la fuerza de trabajo. ➤ Importancia significativa del sector Salud como generador de empleo. ➤ Carreras funcionarias y estabilidad laboral en un marco regulatorio protector. ➤ Insuficiente gestión y evaluación del desempeño. ➤ Escasa gestión de los sistemas de compensación e incentivos. ➤ Fragmentación de procesos laborales. ➤ Capacitación reproductora, centralizada y de dudoso impacto. ➤ Problemas de Motivación, ausentismo, poca participación. ➤ Retrazo y rigidez normativa ➤ Debilidad técnica de la función de Gestión de RRHH. ➤ Escasa visibilidad y prioridad política. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestión Pública de RRHH: No más exclusivamente administración de personal propio. ➤ Gestión de personal en un sector cuyo empleo no crece o disminuye. ➤ Gestión descentralizada. ➤ Gestión de la Calidad y productividad ➤ Tendencia Creciente, y preocupante, a gestión de empleo flexible. ➤ Gestión Compleja : coexistencia de diversos regímenes laborales para similares categorías ocupacionales. ➤ Tendencia a la precarización en un marco de empleo público restringido. ➤ Competencias por recursos financieros y por personal. ➤ Necesidad de adaptar, modernizar y simplificar la administración de personal

Fuente: OPS/OMS. Programa de desarrollo de Recursos Humanos.1999 [17].

5.13 LAS TENDENCIAS DE LOS CAMBIOS LABORALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD [19].

La experiencia de las reformas sanitarias de Europa y el Reino Unido muestra con claridad la necesidad de considerar los cambios organizacionales a nivel macro y los que ocurren con los procesos de recursos humanos en el análisis de las reformas sectoriales.

En esta experiencia europea se resalta la importancia de analizar en profundidad cuatro procesos sustantivos: la reestructuración del sector público, la privatización-

mercantilización de los servicios, la flexibilidad laboral y los cambios en los lugares de trabajo.

El análisis de la reestructuración del sector público permite resaltar, en primer lugar, las exigencias derivadas de las restricciones presupuestarias (derivadas de compromisos de la globalización), su impacto sobre el nivel de los salarios y la definición de nuevas normas relacionadas con la productividad y las condiciones de trabajo. En una segunda instancia se produjo la reorganización de los servicios públicos en función de las condiciones de competitividad de los mercados, de la descentralización o devolución de atribuciones y responsabilidades y el establecimiento de metas de desempeño y rendimiento de los servicios. Una tercera dimensión de la reestructuración es la administrativa. Aquí se han producido cambios en la dirección de un fortalecimiento administrativo y el impacto de las nuevas reglas de juego sobre los profesionales y sus asociaciones y sindicatos.

La experiencia inglesa con privatización de servicios permite ilustrar diferentes formas de privatización: de la provisión financiada por fondos privados, la externalización de servicios o contratos a terceros fuera del sector público y la estructuración de mercados internos. Es necesario resaltar el impacto que tuvo la tercerización sobre el desempeño, la calidad y la flexibilidad laboral. En este efecto la experiencia es disímil y requiere un análisis específico de cada caso. El otro efecto se dio sobre los términos y las condiciones del empleo. La organización de mercados internos permitió enfocar la cuestión del desempeño, la capacidad de gerencia en incertidumbre y la aparición de la inestabilidad laboral. Allá, como en América Latina, crecieron los contratos temporales y con tendencia a la precariedad.

La cuestión de la **flexibilidad laboral** se manifestó en tres modalidades: la llamada flexibilidad numérica que implicó el crecimiento de los contratos temporales y el trabajo de tiempo parcial; la funcional con su impacto sobre el desempeño del personal (en nuevas habilidades como en ampliación del espectro del desempeño), cambios en la composición de la fuerza de trabajo y la alteración de las fronteras e incumbencias ocupacionales.

La flexibilidad también se manifestó en una dimensión económica alterando los sistemas de remuneración al enfatizar el criterio de pago por desempeño en sustitución del tradicional pago por tiempo y antigüedad.

Los cambios que ocurrieron en los lugares de trabajo se derivaron de la descentralización y del fortalecimiento de la gestión local. Un efecto ha sido una tendencia a la descentralización de la negociación colectiva, que se tradujo en acuerdo locales con la fuerza de trabajo y un cambio importante en la gestión de los recursos humanos.

5.14 LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD PÚBLICA Y LA CUESTIÓN DE LOS EQUIPOS [19].

Las nuevas tendencias en la organización del trabajo y en las arquitecturas y dinámicas institucionales vuelven a colocar en el foco del interés la cuestión de los equipos en el trabajo de la salud pública. Este viejo objetivo, siempre mencionado y nunca realizado, se ve ahora revitalizado a la luz de las evidencias provenientes de los cambios en los estilos organizacionales y la exploración de cambios similares en las instituciones de salud.

El tema del trabajo en equipo no se refiere ahora a un arreglo instrumental para obtener distintos o mejores resultados, en el marco de organizaciones convencionales. El reto de la hora presente se refiere a los equipos como la posibilidad de superar la fragmentación del trabajo, es decir como un valor de unificación de la fuerza de trabajo en el marco de instituciones diferentes.

Las evidencias provenientes de las organizaciones de frontera que colocan al equipo en el centro de su desarrollo, son numerosas. De otro lado tendencias del empleo y la estructura ocupacional, en relación con los impactos de la revolución tecnológica indican nuevos desarrollos organizativos que también valoran el trabajo en equipo, entre éstas se anotan modalidades de medianas y pequeñas empresas, autogestionarias, de autoempleo, cooperativas, empresas familiares y otras formas de diversificación productiva.

¿Qué valor tendría una fuerza laboral unificada, es decir, un efectivo equipo de salud, para la mejoría de la atención, en las reformas?, ¿En base a qué principios se puede avanzar en esa unificación? Las respuestas empiezan a vislumbrarse cuando se reconocen las posibilidades de las redes institucionales. La concepción de redes de equipos de trabajo, efectivas en organizaciones de avanzada, es un enorme desafío para la gestión en salud, para la capacitación y educación permanentes y para la regulación del sistema en general, por sus implicaciones en la capacidad negociadora de la fuerza de trabajo. Es un cambio copernicano en la organización del trabajo en salud. En este momento es una fuente de dudas y también de posibilidades.

¿Qué condiciones se requieren para el armado de estos equipos?, ¿cómo se podría garantizar su permanencia y crecimiento?, ¿qué pasaría con dichos equipos ante el avance de la descentralización, la flexibilización y la tercerización? Estas y otras preguntas se pueden formular para la reflexión acerca de las posibilidades de los equipos en el trabajo de la salud pública.

5.15 DESCENTRALIZACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS [19].

Los procesos de reforma del sector, en su mayor proporción, alcanzarán el éxito solamente si los recursos humanos se comprometen en la búsqueda de los fines de la reforma buscando la universalidad en el acceso y la atención y la equidad del sistema. Ello supone que el personal tenga flexibilidad para aceptar el cambio, el

conocimiento, las habilidades, las destrezas requeridas, así como una clara comprensión y ubicación del papel que juegan para cuidar preservar de manera integral la salud de las comunidades.

La descentralización debe ser vista como una estrategia esencial de la direccionalidad de los procesos de reforma sectorial. Se destaca que ésta debe ser concertada, gradual y planificada. Aparece como un elemento central que la descentralización de los recursos humanos debe desarrollarse y vincularse a los procesos de trabajo en los servicios, para que respondan a las necesidades de los ámbitos locales en los cuales se desempeñarán.

El impacto de la descentralización en la gestión de los recursos humanos se puede mirar en dos grandes dimensiones. Aquellas que emergen como parte del proceso de transferencia de poder a los niveles gerenciales inferiores y aquellas que surgen como consecuencia o resultado de la forma en que los sistemas gerenciales descentralizados son estructurados.

En relación a la primera categoría se destacaron como factores esenciales:

1. Información disponible y adecuada sobre los recursos humanos;
2. La complejidad del proceso de descentralización;
3. El impacto de y sobre las asociaciones profesionales, y
4. La motivación y la actitud del personal de salud.

En el desarrollo de la descentralización se pueden ver afectadas algunas situaciones y condiciones:

1. La definición de la estructura organización, roles y responsabilidades;
2. La viabilidad del desarrollo de la salud y de los recursos humanos en forma coordinada
3. Sostenibilidad de un proceso apropiado de capacitación;
4. Mantenimiento de la capacidad técnica y gerencial del personal de salud; y
5. El aseguramiento de condiciones laborales para un adecuado desempeño.

Algunas consideraciones a tomar en cuenta sobre la direccionalidad de la descentralización de los recursos humanos son las siguientes:

- La disposición y actitud de los gerentes para garantizar un equipo de salud competente y comprometida.
- Desarrollo de la capacidad de adaptación a contextos complejos que requieren el proceso (implicaciones legales en relación a derechos y deberes del personal, nuevos roles y responsabilidades, promoción de incentivos y mejores desempeños, mecanismos de transferencia de autoridad, etc.)
- Fortalecimiento de capacidad estratégica para el desarrollo del RRHH tanto a nivel central como en los niveles locales.
- Inversión para el desarrollo del RRHH
- Monitoreo del impacto de la descentralización en los procesos de desarrollo de RRHH (considerando la equidad de distribución, acceso, calidad y eficiencia del personal)[19].

5.16 LOS SISTEMAS DE INCENTIVOS

Hay dos focos de interés principal en el estudio de los incentivos médicos:

- 1) El uso de los incentivos como reguladores de la práctica, concebidos para reducir o reforzar ciertos comportamientos, teniendo presente el equilibrio institucional y el control de costos. Esta clase de estudios se centra en la repercusión de los incentivos, aislados de la interacción sistémica entre los profesionales y la estructura de propiedad y el poder en la organización.
- 2) La interacción entre los incentivos y las estructuras en la organización, la función de los arreglos institucionales (incentivos negociados) con metas compartidas, económicas y de calidad [20].

Los incentivos ligados al desempeño efectivo del personal, su contribución a mejorar la productividad de servicios, forma parte indisoluble de las propuestas contenidas en las reformas, al mismo tiempo es también necesaria en todos los países, ya que tiene un impacto sustancial en los comportamientos y resultados del desempeño del personal

Los incentivos pueden ser:

Económicos: son los más usados en la mayoría de los países (bien como incrementos salariales globales no ligado al desempeño como en el salvador, Guatemala, Guyana). O Por productividad y eficiencia (Argentina, Panamá) , por experiencia y desempeño(Chile), o por instalación en áreas desfavorables (Paraguay).

Créditos académicos (Cuba)
Ascensos (El Salvador, Panamá)
Otros a determinar por las propias instituciones.

El MINSA establece en el convenio Colectivo y salarial vigente de 2003- 2005 que la política de incentivos en el ministerio de salud tiene como prioridad reconocer el plus esfuerzo de los trabajadores del ministerio de salud en correspondencia a una mayor productividad y calidad del trabajo.

Los porcentajes de cada elemento a considerar como incentivo deben ser aplicados al salario vigente, se describen a continuación:

1. Antigüedad (según los años de laborar desde 3% a 50%)
2. Zonaje (40%)
3. Nocturnidad (20%)
4. Trabajo de Terreno (20%)
5. Condiciones anormales de trabajo (20%)

Se establece además: Bono de Productividad y Bono navideño [21].

5.17 EL IMPACTO DE LAS REFORMAS SECTORIALES SOBRE LOS TRABAJADPORES Y EL TRABAJO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Los cambios sustantivos que ocurren en los sistemas de servicios de salud, están afectando de manera importante en algunos casos preocupante, el trabajo del personal en los servicios: Los contenidos, las condiciones y las relaciones que lo figuran [17].

Las tendencias hacia la flexibilización de las relaciones individuales de trabajo y a la autorregulación de las relaciones colectivas, se aprecia una tendencia creciente a las formas atípicas de contratación, que avanza junto a la otra tendencia de precarización de dichas modalidades.

5.18 Cuadro comparativo de los procesos de las reformas y las implicaciones para el trabajo del personal.

Procesos sustantivos en las reformas	Implicaciones para el trabajo del personal
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descentralización. ➤ Cambios en los Ministerios: Funciones y estructuras. ➤ Cambios en el financiamiento y en las modalidades de pago. ➤ Nuevas Modalidades de Gestión: externalización o tercerización, compra de servicios, autonomía de servicios, etc. ➤ Cambios en los modelos de atención, tanto en el nivel básico como en la complejidad. ➤ Extensión de cobertura. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mayor resolutiveidad de los servicios e intervenciones. ➤ Cambios en las funciones y nuevas competencias. ➤ Exigencia por calidad y productividad. ➤ Cambios en la organización del trabajo y promoción de la conformación de equipos. ➤ Flexibilidad laboral: nuevas formas de contratación, tendencia a la precariedad. ➤ Énfasis en el desempeño y su evaluación. ➤ Cambios en los sistemas de incentivos. ➤ Regulación de los procesos de desarrollo de recursos Humanos.

Fuente: OPS/OMS. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, 1999. [17].

La flexibilidad laboral es uno de los paradigmas en el proceso de reforma, es usada como criterio esencial para disminuir los costes laborales y generar condiciones de competitividad, redefiniendo así las condiciones de contrato de la disolución del vínculo laboral, con perjuicio de la estabilidad laboral y los beneficios Sociales (Seguro Social).

5.19 EL OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS EN LAS REFORMAS

Se considera que las políticas y las intervenciones en materia de recursos humanos, deberían contribuir también a alcanzar algunos objetivos intermedios de las reformas que se pueden asumir como condiciones de factibilidad y viabilidad tales como:

- ❖ Contribuir a la reforma de los marcos legales que rigen el trabajo en salud y la regulación de los mercados de trabajo.
- ❖ Contribuir a incrementar la calidad y la productividad en los servicios de salud y asegurar su Sostenibilidad.

- ❖ Contribuir a construir una educación pertinente y relevante a los nuevos procesos de trabajo en los servicios de salud.
- ❖ Contribuir a la gobernabilidad del sector mediante la prevención y gestión de los conflictos laborales [22].

De manera general, se puede decir que todos los procesos de reforma sectorial, pese a su diversidad de modelos y especificidades nacionales, cuestionan la permanencia del modelo de gestión y régimen laboral de los recursos humanos de salud establecida antes de las grandes transformaciones globales y nacionales que se están viviendo.

Cuatro son las áreas-problema en las que se ha venido manifestando con mayor agudeza el desfase o insuficiente articulación sinérgica entre los procesos de reforma sectorial y las políticas de recursos humanos en salud:

- a) La calidad del empleo y el régimen laboral, problemática relacionada con una mejor disponibilidad, distribución y flujos de recursos humanos.
- b) La productividad del trabajo y la calidad de los servicios, que remite a los regímenes salariales y de incentivos y a los sistemas de evaluación del desempeño, entre otros aspectos.
- c) La formación de los recursos humanos de salud, que se relaciona con los perfiles de los egresados de las entidades formadoras aún no pensados en términos de las visiones-objetivo que orientan las reformas.
- d) La gobernabilidad y conflictividad de los sectores de la salud, problemática referida al fortalecimiento de la rectoría de los Ministerios y a dimensiones colectivas de las relaciones laborales como son el establecimiento de mecanismos de participación y/o de resolución de conflictos
(Ver cuadro 1 en anexo 1)[22].

Con relación a la primera área-problema, la calidad del empleo y el régimen laboral, debe reconocerse que el sector salud ha sido poco estudiado en lo referente a lo laboral y sus implicaciones económicas y políticas. Este hecho constituye una paradoja si se tiene en cuenta que es un importante empleador en todas las economías de la región en tanto sector mano de obra intensivo, con una presencia importante de la mujer, con un alto gasto en personal y con instituciones, que desde la visión de la producción, son unidades de muy alta complejidad y conflictividad.

En esta área ocupacional la flexibilización laboral es hoy una realidad generadora de "problemas calientes" en todos los países.

Dentro de los principales "problemas calientes" están:

- ❖ Insuficiencia de la disponibilidad e inadecuación de la distribución de la fuerza de trabajo.
- ❖ Flujos intra sectoriales de personal no regulados.

- ❖ Tendencia a la flexibilidad laboral sin protección.
- ❖ Retraso normativo y legal.

Con relación a la segunda área-problema, la productividad del trabajo y la calidad de los servicios, es evidente que los objetivos generales de las reformas en cuanto a maximizar productos y resultados aparecen ligados estrechamente al éxito en la adopción de nuevas prácticas laborales y de gestión. La búsqueda de más servicios con menos costos por unidad de producto y sin embargo con mayor calidad de los mismos, obliga a cambios en los procesos de trabajo, las calificaciones del personal y condiciones laborales, así como transformaciones de los regímenes salariales y de incentivos y los sistemas de evaluación del desempeño, entre otros aspectos.

Los problemas más relevantes identificados en esta área se refieren a:

- ❖ Déficit de educación permanente en los servicios
- ❖ Baja calidad de la educación en salud
- ❖ Falta de mecanismos regulatorios para mejorar la calidad y al eficiencia de la educación en salud
- ❖ Educación para perfiles profesionales inadecuados
- ❖ Necesidad de reconversión de prácticas del personal [22].

En relación a la gobernabilidad y conflictividad del sector salud, la cuarta área-problema, la falta de información y de análisis confiables y de su accesibilidad a los actores relevantes hacen que el enfrentamiento y la negociación se hagan en base a supuestos y se bloquee la generación de acuerdos, con negativas consecuencias en términos de convergencias.

Los problemas principales y comunes identificados en esta área son:

- ❖ Conflictividad persistente de naturaleza corporativa
- ❖ Conflictividad institucional
- ❖ Baja capacidad para la gestión de conflictos
- ❖ Inexistencia de concertación de políticas
- ❖ Inexistencia de gestión participativa.

5.20 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

La tarea de evaluar el desempeño constituye un aspecto básico de la gestión de recursos humanos en las organizaciones. La evaluación del desempeño constituye una función esencial que de una u otra manera suele efectuarse en toda organización moderna. Al evaluar el desempeño la organización obtiene información para la toma de decisiones [23]:

- ◆ Si el desempeño es inferior a lo estipulado, deben emprenderse acciones Correctivas.
- ◆ Si el desempeño es satisfactorio, debe ser alentado.
- ◆ Contar con un sistema formal de evaluación de desempeño permite a la gestión de recursos humanos evaluar sus procedimientos.
- ◆ Los procesos de reclutamiento y selección, de inducción, las decisiones sobre promociones, compensaciones y adiestramiento y desarrollo del recurso humano requieren información sistemática y documentada proveniente del sistema de evaluación de desempeño.

En este orden de ideas, al puntualizar el impacto de la evaluación del desempeño sobre la gestión de recursos humanos, sus principales contribuciones son las que se indican a continuación:

5.20.1 Captación de Recursos Humanos

- Revisar y valorar los criterios de selección.
- Poner en evidencia debilidades existentes entre personas procedentes de una determinada selección.
- Revisar programas de reclutamiento y selección a realizar en el futuro

5.20.2 Compensaciones

- Completar en forma eficaz la política de compensaciones basada en la responsabilidad de cada puesto y en la contribución que cada persona realiza en función de los objetivos del puesto.

5.20.3 Motivación.

- Contribuir como medio eficaz para servir de instrumento de motivación, y no sólo de valoración cuantitativa

5.20.4 Desarrollo y Promoción.

- Es una magnífica ocasión para analizar la acción, definir objetivos y planes de actuación.
- Confrontar los diferentes puntos de vista de los diferentes niveles Jerárquicos y abordar los problemas de relaciones interpersonales, así como el clima de la institución.
- Obtener datos para el desarrollo de cada persona en su carrera profesional, sirviendo de base a los programas de planes de carrera

5.20.5 Comunicación.

- Permite el dialogo constante entre los responsables y los subordinados, tanto en la comunicación de resultados como en la planificación y Proyección de acciones a seguir en el futuro y de objetivos a conseguir.

5.20.6 Adaptación al Puesto de Trabajo.

- Facilitar la operación de cambios.
- Obtener del trabajador información acerca de sus aspiraciones a largo plazo.
- Integrar al trabajador al puesto a través de un proceso de seguimiento

5.20.7 Descripción de Puestos.

- Analizar las características del puesto desempeñado, así como su entorno.
- Revisar los objetivos previstos en cada puesto de trabajo.

5.20.8 Capacitación.

- Detectar necesidades de Capacitación, tanto personal como colectiva.

El método de evaluación más útil es el de evaluación por resultados o por objetivos, donde se analiza el QUE obtiene una persona como resultado de su trabajo y se gestiona a través del Sistema de Dirección por objetivos, se fundamenta en la fijación de metas como técnica unida a la evaluación del desempeño. Igualmente se complementa la evaluación del desempeño mediante la gestión por competencias: es el COMO una persona desarrolla su puesto de trabajo para la obtención de los resultados, se define por los comportamientos y características claves del colaborador [25]. Éste es un mecanismo para informar a los trabajadores sobre el progreso alcanzado frente a las metas fijadas; tal retroalimentación personal o impersonal, absoluta o comparativa puede incrementar la productividad.

Revisar el desempeño es tan importante como fijar metas. La fijación de metas es un proceso participativo que consta de dos pasos fundamentales:

- * Planificar el desempeño y determinar y comunicar a los empleados la forma en que están desempeñando su trabajo y cumpliendo con los objetivos.
- * Comparar resultados esperados con resultados efectivos para identificar puntos fuertes, débiles y medidas correctivas, contribuyendo con ello al logro de los objetivos de la institución [23, 24,25].

A estos efectos, deberá tenerse presente que evaluar el desempeño del trabajador no debe ser considerado un ejercicio de examen anual, ni un procedimiento para juzgar y sancionar, sino fundamentalmente ayudar, colaborar y mejorar las relaciones humanas en la empresa. Es, en definitiva, un análisis del pasado, en el momento presente, para proyectar el futuro.

VI.- MATERIAL Y MÉTODO

6.1 TIPO DE ESTUDIO:

El presente es un estudio gerencial, se fundamenta en un análisis situacional del desarrollo y gestión de recursos humanos como parte del avance en la modernización del Sector Salud en el SILAIS MADRIZ.

6.2 UNIVERSO:

El universo del estudio lo constituyeron **172** trabajadores de atención primaria en salud del SILAIS Madriz.

6.3 MUESTRA:

120 trabajadores que forman parte de la plantilla de las Unidades de Salud de Atención Primaria y que están relacionados directa e indirectamente con la atención del paciente.

6.3.1 CALCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL.

A través del programa informático C4-SDP (C4 Study Desing Pack) se realizó el Cálculo del tamaño muestral , que para este estudio fueron **120 trabajadores**, utilizando una estimación de Proporción para población Finita tomando en cuenta que son variables cualitativas, los parámetros utilizados para el Calculo del tamaño Muestral son los indicados para esta población, la Formula empleada es la siguiente:

$$n = \frac{\left[\frac{K S}{e} \right]^2}{1 + \frac{\left[\frac{K S}{e} \right]^2}{N}}$$

En donde

- K = Factor de confianza
- S = Desviación típica poblacional= $(p1(1-p1))^{1/2}$
- p1 = Estimado de la proporción en la población.
- e = Epsilon
- N= Tamaño de la población

- El factor de confianza corresponde al valor de la desviación tipificada correspondiente **al nivel de confianza (Para 95% , K: 1.96).**
- Desviación típica (S) : 50%
- Precisión con que se desea obtener la estimación , amplitud del IC (e) : 5%
- Prevalencia (p1): Como valor aproximado del parámetro Se adoptará la postura de la máxima indeterminación: 50%.
- Tamaño Poblacional : 172

En el Programa Informático Utilizado (SDP) se incorporan los % de Epsilon (e) y el estimado de la proporción en la Población (p1), el nivel de confianza (95%) se ajusta mediante el menú desplegable. El Programa recodifica el nivel de confianza en el Factor K de confianza, así mismo calcula el estimado de la desviación típica (S).

6.3.2 TIPO DE MUESTREO:

Los que se incluyeron en la muestra se seleccionaron del listado oficial de Recursos humanos del SILAIS, se realizó una **estratificación por profesión** (Médicos, enfermeras, auxiliares , técnicos, Higienistas) haciendo una fijación proporcional debido a que se quería garantizar que la muestra representara a la población respecto a esta variable, y debido a que es una variable que puede interferir en los resultados .No fue necesario estratificar por sexo, ya que es una variable que no influye en el Plan de desarrollo de recursos humanos.

Por cada profesión se realizó un listado del que de forma aleatoria se seleccionaron los trabajadores que participaron en el estudio.

La lista de números aleatorios se han obtenido utilizando la formula con el **MAS (muestreo Aleatorio Simple) versión 2.1** del programa informático **C4-SDP** con los parámetros indicados a continuación. Se anexa Lista (**Anexo 2**).

Criterios	Médicos	Enfermeras	Auxiliares	Técnicos
Número inicial	1	1	1	1
Número final	55	37	64	16
Tamaño poblacional	55	37	64	16
Tamaño muestral	41	23	48	8
Fracción muestral	74.5%	60.0%	75.0%	50.0%

6.4 Procedimiento de recolección de información:

Se solicitó por escrito al Director del SILAIS y Dirección de Servicios administrativo la autorización para llevar a cabo la investigación, a la vez se solicitó por escrito a los Directores Municipales su apoyo para incluir a su personal en el Estudio.

Previo a la aplicación del cuestionario se realizó un pilotaje en un centro de salud del SILAIS de Estelí para comprobar la comprensibilidad de las variables y se han realizado las modificaciones pertinentes para la obtención de la información que se quiere medir.

Se procedió a una reunión previa con el personal de cada Centro de Salud para dar a conocer el propósito de la encuesta, y a los que participaron se les facilitó el cuestionario Previo a la Jornada Laboral, para ser contestado por cada uno de ellos; Evitando así, el sesgo del entrevistador.

6.5 Instrumento de recolección de información (Ver anexo 3):

Para el personal seleccionado en el muestreo, se utilizó un cuestionarios auto administrados elaborado a partir de la propuestas de variables a considerar en la Matriz básica del observatorio de recursos humanos de la Organización panamericana de la salud, utilizado en estudios anteriores en Bolivia, Costa Rica, Brasil (Países que participan en el observatorio).

Se estructuró como formato de Preguntas Cerradas y precodificadas para Su mejor análisis.

Las áreas Incluidas y modificadas para este estudio fueron : Formación, capacitación, participación, Motivación, Incentivos y evaluación del desempeño en función de programación de metas (por objetivos) y funciones.

En remuneraciones y salarios solo se ha incluido sistema de incentivos y sostenibilidad de los incentivos, en formación y capacitación se hace referencia al perfil de formación y plan de educación continua dado que son aspectos incluidos en el programa de desarrollo de recursos humanos en Nicaragua.

6.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE:

Variable	Concepto	Fuente de datos	Escala
Edad	Tiempo recorrido entre el nacimiento y el momento de la entrevista	Referencia personal	0 – 19 20 – 29 30 – 39 40 – 49
Sexo	Características Biológicas con las que nacemos	Observación	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
Profesión	Ejercer un servicio	Referencia	<ul style="list-style-type: none"> • Médico • Enfermera • Auxiliar • Técnico
Cargo	Tributo u obligación	Registros administrativos	Cargo que desempeña
Contrato Laboral	Convenio verbal o escrito entre un empleador y un trabajador, por el cual se establece una relación laboral para prestar personalmente un servicio.	Registros administrativos	<ul style="list-style-type: none"> • Permanente • Temporal • Por servicio
Movilidad	Hacer que el personal ocupe una posición o lugar distinto del que ocupaba.	Registros administrativos	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Satisfacción	Es la apreciación integral del personal acerca de los servicios que brinda y recibe.	Referencia personal instrumento	<ul style="list-style-type: none"> • Muy satisfecho • Satisfecho • Poco satisfecho • No satisfecho
Incentivo	Reconocimiento al esfuerzo del trabajador en correspondencia a una mayor productividad y calidad del trabajo	Referencia personal	<ul style="list-style-type: none"> • Económico • No económico
Capacitación	Componente de educación permanente mediante el cual se promueve el desarrollo técnico profesional de las personas.	Referencia personal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No

Formación	Profesionalización del personal activo mediante el cual el personal empírico obtiene los grados académicos que requiere el desempeño eficiente de los cargos.	Referencia personal Registros administrativos	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Educación continua	Educación permanente que permite al trabajador prepararse para asumir funciones con eficiencia y calidad.	Referencia personal	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez a la semana • Cada 15 días • Una vez al mes • Ninguna vez
Participación	Acción de desarrollar un proceso de planificación, diseño de modelos de trabajo, asignación de recursos e involucramiento en el trabajo en equipo.	Referencia personal	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • En ocasiones • Nunca
Gestión:	Acción de Promover actitudes de cambio, transformación de las personas y analizar necesidades institucionales y personales para crear un sistema de desarrollo.	Referencia personal	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación • Trabajo en equipo • Evaluación • Relaciones de trabajo • Relaciones de trabajo

VII.- RESULTADOS

7.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA:

De acuerdo a la frecuencia encontrada consideramos que el perfil del trabajador de atención primaria del SILAIS – Madriz ocupa un lugar importante la mujer, siendo también más frecuente las edades entre 21 y 30 años y la ocupación auxiliar de enfermería.

De acuerdo a la unidad de salud encontramos que el 88.3% se ubica en el Centro de salud y el 11.7% en el Puesto de Salud (Vea tabla 1).

7.2 II. SITUACIÓN LABORAL

En cuanto a Situación laboral, Vemos que en la distribución por cargo de trabajo, del total de encuestados se destaca un mayor porcentaje de trabajadores que son responsables de programa además de ser asistenciales (48 trabajadores para un 40%), seguido por los que sólo son asistenciales (42 es decir un 35%) (**Ver tabla 2**).

El tipo de contrato predominante es el **permanente** (100 trabajadores, un 83,3%) y un 10% tienen **contrato temporal** y 6.7% **Por Servicios**. En los médicos es donde predomina la modalidad temporal (tabla 3).

Analizando a los que tiene contrato permanente (97), se encuentra que el 72.1% refieren tener estabilidad, 17.5% refiere tener estabilidad y seguridad, un 3% inestabilidad y 7.2 de ellos seguridad: De los que tienen contrato temporal (10), 10 de ellos, es decir el 100% refieren tener inestabilidad. (ver tabla 4).

Se excluyeron personas que contestan y los que no presentan ningún sentimiento.

La movilidad en los últimos 6 meses ha sido de 13 trabajadores (10,8%), 106 (88.3%) no han sido movilizados y los efectos de ésta movilidad para la mayoría han sido negativos, refieren desarrollar **mayor fuerza de trabajo** un 53.8%(7 de los 13). Un 46.2%% (6 de 13) dice que le **desmotiva**. En relación a los **incentivos**, la mayoría de los trabajadores refiere que **no recibe** (73,3%) y solo un 26,7% dice recibirlos.

El gráfico 1 muestra la variación entre los profesionales. Destaca de éste gráfico la diferencia entre los técnicos con el resto del personal, quienes afirman recibir incentivos que es el 50%. De forma general el 73.3% refiere no recibir incentivos y el 26.7% refiere recibirlo.

De los que opinan recibir incentivos (32 trabajadores) el 50 % dice ser **económico** y el resto opina que recibe Beca u otro tipo de incentivo.

7.3 FORMACIÓN, CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUA

7.3.1 FORMACION:

Desde el año 1998 que se inicia la modernización del sector salud en atención primaria del SILAIS Madriz, 28 trabajadores (23.3%) han sido seleccionado para recibir mayor formación, siendo estos en mayor % los Médicos, seguido por las Enfermeras y en tercer lugar las Auxiliares de enfermería.

De los que el MINSA seleccionó los 28 recibieron la formación (9 Auxiliares, 8 Enfermeras , 9 médicos y 2 técnicos), esta formación consiste en cursos de Profesionalización para las Auxiliares y Enfermeras , cursos de Gerencia y/ Maestría en caso de los Médicos. En la **Tabla 5** se distribuye Por Municipio los que han recibido dicha formación.

Como se observa, destacan dos Municipios que su personal ha recibido mayor Formación en relación con los 7 Municipios restante (Valorando su Total de Personal), El SILAIS como tal refleja que solo el 23 % del personal ha recibido formación.

Valorando la Satisfacción del personal con la formación que tiene, se encontró que un 16.1% (19) no están satisfechos , el restante si lo está en diferentes Grados de Satisfacción. Esta insatisfacción se observa con mayor Frecuencia en las auxiliares de enfermería con un 52.6% (10 de los insatisfechos).

7.3.2 CAPACITACIÓN:

Un 67.5% (81) de los trabajadores ha recibido capacitación durante el año 2004, únicamente el 30.8% (37) refiere no haberla recibido. De estos que han recibido Capacitaciones, por profesión destacan las Auxiliares de Enfermería, donde 34 de las 50 encuestadas (68%) responden haber recibido, seguido de los Médicos con un 68.3% (28 de 41 Médicos). (**Ver Tabla 6**).

7.3.3 EDUCACIÓN CONTINUA:

Solo un 18.3% (22) de los trabajadores recibe educación continua una vez a la semana, el 81.7% restante opina recibirla cada 15 días (25%) o al mes (34.2%) e incluso hay un 22.5 % que opina no recibe ninguna vez en el mes.

7.3.4 PARTICIPACION:

La participación de los trabajadores en la planificación de actividades y metas, es de un 20,8% (25 trabajadores), en ocasiones participa (44.2%) y mientras que **nunca participa es de un 35% (42 trabajadores)**. Al analizar por profesión se encontró que los que nunca participan está en mayor % en el grupo de las auxiliares (17 trabajadores). Ver distribución por Profesión en **tabla 7**. Estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Hay que destacar que de los que participan existe variedad en la valoración de la participación; el mayor % se establece como **Buena (53.2%)**, seguido de **Muy buena (18.2%)** y un 13% que establece que es regular.

Al analizar nivel de participación según cargo que desempeña, se encontró que la mayor participación la realizan los que tienen funciones mixtas (Asistencial y responsable de Programa), 39 de 48 trabajadores con cargo mixto.

En el Gráfico 2 se observa claramente la tendencia de la no participación debido a que en la mayoría de las veces la realiza el Director y el Jefe de Programa (60%).

Los que menos participan son los que se desempeñan como Asistenciales (**23 trabajadores de los 42 ASISTENCIALES**).

Se evaluó la Satisfacción del personal de salud en relación al desempeño de su trabajo, en el **gráfico 3** se observa que de manera general no hay insatisfacción (96% están satisfecho), y según grados de satisfacción solo el 33% refiere estar muy satisfecho, un 56% está satisfecho, y un 7% poco satisfecho.

Profundizando en el análisis se evidencia que en el grupo de auxiliares de enfermería es el que refiere mayor satisfacción (68% de ellas), seguido por los médicos (53.7%), en tercer lugar los técnicos (50%).

Según el tipo de contrato, los que tiene contrato permanente tiene mayor satisfacción, Valorando el grado de satisfacción con el contrato permanente, **el 59% está satisfecho**, el 7% poco satisfecho, el 30% muy satisfecho y solo **el 4% no está satisfecho**.

7.3.5 ASPECTOS GERENCIALES

El gráfico 4 representa la opinión de los trabajadores sobre algunos aspectos gerenciales que son parte del desarrollo del personal de salud. Se presenta de manera general; la distribución es similar independientemente del Municipio.

En base a los 6 elementos que hemos evaluado, destacamos que más del 80% de los trabajadores opinaron positivamente que se realizan actividades gerenciales que inciden con el desarrollo del personal Como: **Establecer y mantener una relación**

amplia con los trabajadores, Existen sistemas de seguimiento y evaluación para el cumplimiento del trabajo ,se realizan **acciones correctivas** y se **apoya el trabajo en equipo** .

Esta distribución de opiniones en lo referido a las cuatro actividades es similar independientemente del Municipio, como se aprecia en el gráfico anterior, la opinión más desfavorable es para la participación de los trabajadores en la elaboración conjunta de planes de trabajo, donde solo el 40.8% participa.

Lo que más llama la atención es también la opinión en cuanto a sentirse estimulado para desarrollar sus propias metas, donde igualmente el porcentaje de opinión positiva es solo de 52.5%, es decir no hay estímulos al personal en un 50%.

Considerando la opinión Por profesión en relación a estas dos ultimas características, se evidencia que el Grupo de auxiliares es donde hay mayor opinión de no participar en la elaboración de los planes de trabajo (27 de 65 que no participan, equivale al 41.5%), en segundo lugar están los médicos (23 médicos, equivale al 35.4%) y los técnico que le 50% opina si y el 50% no.

En relación a sentirse estimulados, en las auxiliares de las 50 encuestadas, 26 de ellas refieren sentirse estimulada (52%),19 no se sienten estimulados, el grupo de médicos de 41 encuestados, 21 de ellos refieren sentirse estimulados (51.2%) y 18 médicos no se sienten estimulados (43.9%). En el grupo de enfermeras de las 21 encuestadas12 se sienten estimuladas (57%)y 7 de ellas no (33.3%). **Por tanto solo el 50% del personal está estimulado o se siente estimulado**, y en orden de frecuencia, están las auxiliares, seguido de las enfermeras.

VIII.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio se realizó en el contexto de los procesos de reforma que se están desarrollando en el Sector Salud Nicaragüense. Principalmente se diseñó para conocer las percepciones de los trabajadores de atención primaria sobre los elementos que incorpora el programa de desarrollo de recursos humanos planificado por el Ministerio de salud desde 1998 que se inician las reformas, y a la vez conocer las repercusiones del programa en términos de la situación laboral y del desarrollo profesional.

Para ello se utilizó la **encuesta mediante un cuestionario cerrado**, por la ventaja de recoger la mayor información posible encuestando al personal necesario y en un tiempo corto. Como no había un cuestionario establecido se elaboró uno basándose en Variables propuestas por el Observatorio de Recursos Humanos (22). Una vez construido el cuestionario había que asegurarse que fuera comprensible, para ello se realizó prueba piloto.

Para que la muestra representara a las profesiones el muestreo aleatorio y la estratificación por profesión, permitió que se cumpliera el objetivo ; los 120 trabajadores son representativos de la población del personal sanitario de atención primaria del SILAIS Madriz.

Dentro de las características de la población de atención primaria nos damos cuenta que los recursos humanos del SILAIS MADRIZ son prácticamente Auxiliares de enfermería (41.7%(seguido de médicos % 34.2%), y poco personal en la categoría de Enfermera profesional, lo que revela que la auxiliar de enfermería pocas veces se sigue formando con Enfermera Profesional, o hay poco interés de formarse directamente como enfermera profesional, y el segundo grupo (Médicos) , se evidencia en regular cantidad, pero a expensas de los Médicos en servicio Social y Contratados por el Fondo Social Suplementario y FONMAT, más adelante veremos lo relacionado a contratos.

Los procesos de reforma conllevan cambios en el personal de salud. La implementación de la reforma está introduciendo la aplicación de la modalidad de contratación temporal (26) en muchos países en transición y en los que están en vías de desarrollo. Es una estrategia donde existen mecanismos de contratación a tiempo parcial, por temporada o por horario. Algunos países de África (Ghana, Nigeria y Zambia) y en América Latina (Colombia y el Salvador) no lo han considerado en el sector salud (26).

En nuestro estudio se encontró que uno de esos cambios, y por ende una repercusión del programa de desarrollo en la **situación laboral del trabajador** de atención primaria es la incorporación de la temporalidad con respecto al contrato, aunque se aplica solo al nuevo personal. Un 16.7 % de los Médicos, Enfermeras y auxiliares tienen esta modalidad (Temporal y por servicios), de los cuales una parte

están contratados a nivel central a través del "fondo Social" (Programa de cooperación externa de apoyo al Ministerio de Salud para reforzar con personal sanitario zonas geográficas con poco personal).

El personal restante, principalmente Médicos con contrato temporal, son los que realizan su servicio Social (un año). Ambas modalidades son una solución para el Ministerio de salud debido a que cubre el déficit de personal Médico y de enfermería, mantiene la eficacia en la provisión geográfica de servicios de salud sin aumentar los costos porque no suponen desembolso para el Ministerio de Salud ,aunque sí tiene un costo para el país, son fondos a través de un préstamo del BID; ese dinero por ejemplo podría dedicarse entre otras cosas a mejorar el salario de los que ya están contratados. Pero es claro que reducir los costos y aumentar funciones afectando al trabajador de la salud es parte de las reformas(18,27).

Estas contrataciones conlleva a un inicio de la descentralización y gestión de recursos humanos; por otro lado se da inicio a la flexibilidad laboral, disolución del vinculo de trabajo con repercusiones en la estabilidad laboral y los **benéficos sociales** ,siendo uno de los impactos que ha tenido en otros países las reformas sanitarias, como menciona la Organización Panamericana de la Salud en el informe de Junio de 1999 tras analizar a los países que participan en el observatorio de recursos humanos (experiencias de Brasil, Ecuador y Costa Rica se recogen en este informe).En nuestra investigación se confirma :Que una de las repercusiones del tipo de contratación sea **la inestabilidad**, ya que el 83.3% de los que refieren tener contrato temporal ,opinan les **proporciona inestabilidad**.

Es de esperar que en el Sistema de Salud de Nicaragua al tener un contrato permanente es un gran logro personal que llena las expectativas de la población Sanitaria.

Es de destacar también que de los que tienen contrato permanente, al 17.5% de ellos les proporciona estabilidad y seguridad (Certeza de tener un trabajo y Salario), Podría ser que realmente aunque tengan un trabajo garantizado, el salario bajo les impida pensar en un posible efecto positivo de su contrato. Esta hipótesis la confirma un estudio sobre el mercado laboral del personal de salud en Nicaragua realizado por Gustavo Nigenda (del Instituto Nacional de Salud Pública de México (28), que reveló que el salario es el principal factor de insatisfacción sobre todo en el grupo de técnicos, y que en los demás grupos de profesionales entre el 20-35% declaran realizar trabajos independientes (en el sector privado) para poder equilibrar el salario.

La movilidad geográfica como un elemento más a valorar dentro de la situación laboral, nos revela que tiene una repercusión negativa para el trabajador en el aspecto de desarrollar mayor fuerza de trabajo, según refiere el 53.8%, y un 46.2% opina que le causa **desmotivación**, el estar desmotivado por estar siendo movilizado al final repercute también en la calidad de atención que pueda brindar a la población y por ende una mala imagen de atención por parte de población hacia la institución.

Es de mencionar que esta movilidad se encontró asociada al tipo de contrato, es decir los que tiene contrato temporal y por servicios son los que más están siendo movilizados a otra Unidad de salud, esto depende también de que en el convenio colectivo se establece que no se puede movilizar a un trabajador con Plantilla fija a otra Unidad de salud sin el consentimiento del trabajador. Esta movilidad es para cubrir la demanda donde hay poco personal.

Los incentivos son propuestas claras en las reformas para mejorar la productividad de servicios, y para el desempeño del personal, tal como se hace referencia en el documento de la política nacional de salud 1997- 2002 (4) y en el Convenio colectivo del MINSa (21).

Los incentivos en Nicaragua son de un sistema similar al de Chile y Paraguay por experiencia y desempeño por instalación en áreas desfavorables(6,21), lo relacionado riesgo profesional , antigüedad, responsabilidad, nocturnidad y zonaje , son considerados incentivos según el MINSa ,aunque lo financia el Ministerio de Salud a través de fondos públicos (Se le da al trabajador en Cheque fiscal) y son inventivos lo relacionado a viáticos por salida a terreno, salidas integrales (brigadas médicas móviles),jornadas de vacunación y lucha antiepidémica; estos son financiados por cooperación externa que apoyan al SILAIS.

Sin embargo los trabajadores opinan que no reciben incentivos (Ver Gráfico 1) donde un 73,3% refieren no recibirlos. Esta aparente contradicción puede deberse a que no se difunde que existen incentivos (lo que puede ser posible) o que los trabajadores no valoran los incentivos como tales, si no que es parte de su salario. Quienes afirman recibirlos son los técnicos (50%). Los técnicos de control de vectores dicen que reciben incentivos y son los "**viáticos**" por salidas a terreno y en jornadas de lucha anti-epidémicas.

El problema que se espera es que al ser estos " Viáticos" financiados por la cooperación externa, según el SILAIS; no hay un sistema de sostenibilidad para incentivar al trabajador.

Los cursos de formación son una forma de incentivar al trabajador, indispensable en el proceso de trabajo en salud, orientado a incidir directamente sobre la calidad de los servicios de salud.

De manera general, vemos que existe un deficiente plan de formación para el personal de atención primaria, o realmente no se ha planificado; Esto sigue siendo

un **factor limitante** para el desarrollo del personal sanitario y que aún no se resuelve en los países donde están en proceso de reforma de los servicios sanitario(27). En nuestro estudio encontramos que solo un 23.3% ha sido seleccionado y ha recibido la formación, y son las enfermeras y algunos médicos los que han recibido cursos de formación, se evidencia nuevamente que las auxiliares de enfermería tienen poca oportunidad de recibir formación, al ver la Tabla # 5 nos damos cuenta que por Municipio el porcentaje de personal formado es mínimo (de 7.5% a 25%) y solo 2 Municipios revelan que gran Parte de su personal se ha formado (50%).

Otro factor que limita el desarrollo Profesional es la **debilidad en el sistema de capacitación en la educación continua** como elemento asociado también a la mejora de la calidad de atención dado que se refuerza el desempeño, en el estudio se encontró que no se está desarrollando adecuadamente, el 18.3% lo recibe una vez a la semana. Esto conlleva a que no se este actualizando el personal y no se utilice al máximo las nuevas estrategias en salud, en técnicas o en manejo de normas y procedimientos y por ende en el mejoramiento del desempeño y de la calidad de atención.

Una de las razones por lo que la Capacitación de los profesionales pudiera estar fallando es que los planes de educación no funcionan adecuadamente, o no se da un monitoreo adecuado en las Unidades de Salud.

La participación del trabajador es un elemento clave en el proceso de reforma. Desde que se formularon las políticas de reforma, y más aún desde que se formuló el plan de desarrollo de recursos humanos, la participación ha sido el eje esencial que se ha querido incrementar dentro de la política para mejorar la imagen de la institución sanitaria. El hecho de participar aumenta la motivación y mejora la calidad de la atención.

Este estudio revela que solamente el 20.8% de los trabajadores participa siempre en la planificación de actividades y en ocasiones un 44.2%(Tabla # 7) y se encuentran factores relacionados con participar o no, algunos propios del trabajador y su entorno como: Las auxiliares poco participan, parece ser que no se toma en cuenta y el hecho de desarrollar un trabajo sólo asistencial no les permite incorporarse a la planificación cuando se realiza.

Viendo esto, se encuentra que los que desarrollan trabajos mixtos como asistencial y responsable de programas son los que más participan.

La incorporación de los asistenciales a la Planificación se logrará cuando exista una estructura organizativa dentro de la unidad de salud para que no sólo los responsables participen, se trata de adaptar condiciones como el tiempo, la disposición del trabajador y el interés del gerente; Lógicamente las actividades propias de la gestión del gerente como el **permitir que se haga la planificación conjunta es fundamental en este proceso.**

Es de destacar un hallazgo que nos llama la atención: estando dentro de la política del Ministerio de Salud permitir la participación, el 35% que dice que nunca participa, da razones que demuestran que hay poco apoyo por los gerentes, la opinión de los trabajadores que dicen no participar porque siempre lo hace el Director y el jefe de Programa, es muy alto (60%) o a veces siempre la hace el jefe de Programa (14%) o solo el Director (7%) y no se lo solicitan un 19%, esto es preocupante en este Proceso de Desarrollo.

El problema al que conduce esto es que hay **desmotivación**, o desorganización del trabajo o sobrecarga en algunos trabajadores que al final conllevarán conflictos o simplemente resistencia al cambio cuando se inician políticas que afectan al trabajador al que no se ha tomado en cuenta en actividades previas.

La evaluación del desempeño como elemento de desarrollo profesional y de gestión de los recursos humanos por los gerentes, se debe realizar por resultados que se analizan tras la fijación de metas.

Esta evaluación por Metas es un elemento que proporciona valiosa información para detectar necesidades de capacitación, de limitaciones en puestos de trabajo o de adaptación a puesto de trabajo; sirve también para mejorar la comunicación, dar motivaciones y compensaciones, es decir no es una evaluación para decir lo mal que se ha hecho; es para obtener datos para el desarrollo de cada persona; En definitiva es parte de la gestión y del desarrollo de los recursos humanos. Por lo que este tipo de evaluación es conveniente realizarla periódicamente sobretodo de resultado y de procedimientos de la mejor manera posible para tener mayor información sobre las debilidades y fortalezas, y de esta manera realizar una planificación de estrategias para el logro de las metas.

Pero esta evaluación por objetivos y competencias, aun esta en planificación en el SILAIS, Sin embargo; es llamativa la respuesta que dan los trabajadores sobre la satisfacción en el desempeño de su trabajo.

Se ha visto que el personal de Auxiliares de enfermería son los que menos participan, desarrollan más trabajo asistencial, menos oportunidades de Formación han tenido; pero en relación a Satisfacción con el Desempeño de sus funciones, son las que mayor satisfacción reflejan (68% de ellas), parece indicar que su mayor aprecio al trabajo es de estar entregadas al trabajo siempre y cuando tengan una estabilidad laboral.

En Relación a insatisfacción, son los médicos quienes la refieren (80% de los insatisfechos), esto podría estar asociado al contrato temporal, movilidad y oportunidad de Formación que se reflejó anteriormente.

Un **tercer factor** que puede influir para el desarrollo de los recursos humanos son las **características en la gestión con los recursos humanos que tengan los gerentes de salud**. Desde que se puso en marcha el Observatorio de Recursos

Humanos por la OPS, se ha visto en análisis de gestión (17) que las actividades van dirigidas a organizar el trabajo , dividir funciones y gestionar el trabajo; En lo relacionado al trabajador se administra, no es la gestión integral que se espera , no se toma en cuenta la gestión de las relaciones de trabajo, de los conflictos, ética laboral, gestión del desempeño(17).

Nuestro estudio revela algo parecido, Vemos que en relación a la gestión de los recursos humanos están orientados a la realización de la de la tarea, **se establece control y seguimiento de las actividades** programadas, **toman acciones correctivas** y apoyan la decisión del equipo de trabajo (estas actividades se desarrollan en un 89.2%, 84% y 87.5% respectivamente). Esto indica que la mayor parte de la gestión del personal es para sacar tarea, y poco incentivo se le brinda, y aún más aunque no se incentive, se espera que al menos lo tomen en cuenta para la planificación de actividades , Pero no es así; se observa en el Gráfico 4 que solo el 40% de los trabajadores participa.

Esta actividad de permitir la elaboración conjunta de los planes de trabajo, está asociado a la profesión, las auxiliares de enfermería respondieron no participación (27 de 65 que no participan) , representan el 41.5% , vuelve a notarse la poca participación de este grupo, lo que habría que revisar por Unidad de Salud.

La elaboración conjunta de los planes de trabajo y el delegar responsabilidades son característicos de un gerente que desempeña un estilo de gestión participativo. Este modelo es esencial para el éxito de buenas relaciones de trabajo, permite mayor motivación, satisfacción, reducción de problemas y conflictos. Además conlleva a un trabajo de calidad, trabajo en equipo cohesionado y de cooperación que al final, logrará la equidad, calidad y eficiencia en la gestión. Pero en nuestro estudio encontramos que esta característica es deficiente : de manera general el 54,2% de trabajadores opinan que no se permite la elaboración conjunta de los planes de trabajo y programación de metas; parece lógico esperar que los responsables de programa participen en la elaboración de planes de trabajo, sin embargo no hemos podido demostrar sea significativo esta asociación.

Un factor que incide en el Desarrollo es el estímulo para lograr la consecución de metas o desarrollar bien su trabajo, sin embargo encontramos que en Atención primaria solo el 50% se siente estimulado, esto se distribuye en los cuatro grupos de profesionales que investigamos, esto conlleva a desarrollar un trabajo de poca calidad y eficiencia en los programas de salud y de hecho poca motivación en el personal de salud, aunque en un estudio sobre el mercado laboral en Nicaragua revela que los profesionales tienen insatisfacción y desmotivación debido a lo relacionado con su salario. En nuestro estudio no pudimos confirmar este hecho porque no se valoró salario. Sí demostramos que el hecho de capacitarse y participar en la planificación está asociado a que el personal se muestre satisfecho. Al haber mayor protagonismo del trabajador en los procesos de trabajo de análisis ,evaluación y planificación, mejora su satisfacción y productividad.

Con este estudio se inicia una línea de reflexión a nivel de SILAIS, no es generalizable al desarrollo de los recursos humanos del Ministerio de salud, las características de un SILAIS a otro pueden variar considerablemente en cuanto a estructura de trabajo o de dirección, el personal de atención primaria valora de manera diferente a como valora el personal de atención secundaria. Si podemos decir que los resultados obtenidos están reflejando una realidad que se está desarrollando en los países donde están en marcha los procesos de reforma.

Por un lado encontramos que las **repercusiones directas** de la política de desarrollo de recursos humanos aplicado a nivel de atención primaria en los trabajadores del SILAIS, está conllevando una **flexibilidad laboral**, pero favorece a tener mayor oferta de servicios en las distintas unidades de salud, una segunda repercusión es la satisfacción de los trabajadores por el desempeño de su trabajo, como vimos más del 90% está satisfecho, pero hay que considerar claramente los factores asociados a satisfacción como son: **Tipo de Contrato, Cargo que desempeña , Formación , participación y el estilo de gestión de los gerentes**. Es de suma importancia para cohesionar todo, que se desarrolle una gestión participativa y una buena organización en la unidad de salud.

Por otro lado de manera general la obtención de la percepción de los trabajadores también da pautas para replantear estrategias que favorecerán a los trabajadores, a la institución y a la población.

La debilidad en lo que a **Formación- Capacitación y de educación continua** se refiere, influye negativamente en el trabajador, por lo que estos resultados sí serán para considerarlos y sobre todo utilizarlos para promover un buen desarrollo del personal.

Por último creemos que el SILAIS por si solo no va a poder realizar un programa de formación para su personal, el nivel central del Ministerio de Salud debe diseñar las líneas estratégicas de una política de formación previo a diagnósticos de necesidades por SILAIS, y lo importante, que debe aportar también los fondos y Tener en cuenta **que todo programa de desarrollo de personal debe ser paralelo a las políticas de reforma.**

IX.- CONCLUSIONES

- 9.1. El plan de desarrollo de recursos humanos establecido en las políticas de reforma sectorial en el Ministerio de salud, no se está implementando paralelamente al proceso de reforma, hay poca participación de los Trabajadores.
- 9.2. En la Situación laboral las principales repercusiones del programa de desarrollo es el predominio de una inestabilidad laboral, pero iniciándose la flexibilización laboral por la implementación de nuevas modalidades de contratación temporal, y el desarrollo de mayor capacidad de trabajo.
- 9.3. Existe poca difusión, desconocimiento o déficit de la aplicación de una política de incentivos clara para el personal de salud de atención primaria, lo que conlleva a insatisfacción en los trabajadores.
- 9.4. Se han encontrado factores que limitan el desarrollo técnico- Profesional y gestión de los trabajadores:
 - 9.4.1: No existe un plan de formación para el personal que se desempeña en las unidades de salud y por ende no existe un plan de carrera y el funcionamiento del sistema de capacitación - lo que conlleva a debilidad técnico profesional de los recursos Humanos.
 - 9.4.2: Los planes de educación continua existen en cada unidad de salud pero no se desarrollan adecuadamente: sólo el 18.3% de los trabajadores lo reciben semanalmente.
 - 9.4.3: Déficit de desarrollo de la gestión de los Recursos humanos, debido a que en la mayoría de los Municipios se da un estilo de dirección no participativo en lo relacionado a planificación de actividades y asignación de recursos.
- 9.5. La participación de los trabajadores en el análisis, evaluación y planificación es irregular (20 .8 % siempre y ocasional el 44.2%) sobre todo porque los gerentes de salud no los incorporan.

X.- RECOMENDACIONES

Para mejorar el desempeño de la fuerza laboral en el SILAIS Madriz, consideramos necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- 10.1 Capacitación:** Realizar una evaluación rigurosa por Municipio sobre las necesidades de formación y capacitación para elaborar y ejecutar un plan de formación para técnicos, profesionales asistenciales y administrativos que permita promover mayores niveles de profesionalización del personal, y así lograr mejor desempeño y calidad en los procesos de trabajo. El desarrollo del fortalecimiento del Ministerio de salud en las reformas debe ir paralelo al desarrollo de los recursos humanos.
- 10.2** Mejorar el funcionamiento del plan de capacitación y ejecutar de manera más sistematizada el plan de educación continua de manera que permita mayor actualización en el manejo de normas, protocolos de actuación y seguimiento de los programas priorizados por el MINSA. En definitiva, la educación y capacitación del personal es lo que permite mayor desarrollo y mejor atención.
- 10.3 Incentivos:** Promover un sistema claro de incentivos que permita al trabajador reconocerlo y le proporcione satisfacción, motivación y cambio personal y profesional.
- 10.4 Gestión:** Promover un desarrollo gerencial con estilos de gestión participativa en las unidades de salud donde se trabaje en equipo para que el personal se implique, se de la colaboración, comunicación, motivación y el reconocimiento a la aportación, porque el estilo de gestión y la estructura organizacional marcará la pauta para el logro de calidad total y la modernización de la institución.

XI.- REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA.

1. Almendárez N. Modelo de desarrollo de los recursos humanos. Plan de desarrollo de recursos humanos. OPS- PROSILAIS, Managua, Nicaragua. Julio 2003.
2. Organización Panamericana de la Salud. Contexto de las Reformas Sanitarias: Situación y tendencias. OPS/OMS; Julio-Agosto 2000.
3. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Nicaragua. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS; 1999.
4. Ministerio de Salud, Política Nacional de Salud 1997- 2002. Julio de 1997.
5. Ministerio de Salud de Nicaragua. Análisis de la situación de salud del Departamento de Madriz. Febrero 1999.
6. Infante A, De la Mata I, López D. Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe: Situación y tendencias. Revista Panamericana de Salud Pública 2000; 8(1-2): 13-20.
7. Berman P, Bir A. Health Sector Reform: Making Health Development Sustainable. Boston, Massachusetts: Harvard University Press; 1999.p 13 -33.
8. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. Health Policy 1995;32:257- 277.
9. WHO: Health sector reform: Key issues in less Developed Countries. Forum on health sector reform, by A. Cassels (Geneva,doc. WHO/SHS/NHP/95. 4, Apr.1995), p.1.
10. Collins Ch, Green A. Health sector reform and the interpretation of policy context. Health Policy 1999;47:69-83.
11. Vergara C. El contexto de las Reformas del Sector Salud. Revista Panamericana de Salud Pública 2000; 8 (1-2) : 3-12.
12. García Boró S, Agra Varela Y. Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial: bases conceptuales. MEDIFAM 1998;8 :105-112.

13. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de las reformas del sector salud en los países de la Subregión de Centro América y la República Dominicana. Programa de Organización y Gestión de la división de Desarrollo de sistemas y Servicios de la Salud. OPS/OMS 2001.(Véase la sección de centro de información de la pagina electrónica: <http://www.americas.health-sector-reform.org>).
14. Mogedal S, Hodne S. Health sector reform and organizational issues at the local level: lessons from delected African Countries. Journal international Development 1995;7(3):349-367.
15. Ministerio de Salud de Nicaragua. Políticas de Recursos Humanos, División de desarrollo de Recursos Humanos. Programa de Modernización del Sector Salud, Diciembre de 2002.
16. Ministerio de salud de Nicaragua. Política Nacional de Salud 2004 – 2015. Managua – mayo 2004.
17. Brito Quintana P. Impact of Health Care Reform on Human Resources and Employment Management. Pan American Journal of Public Health. 2000; 8 (1-2): 43-54.
18. Martínez J, Martineau T. Rethinking human resources: an agenda for the millennium. Health Policy and Planning 1998; 13(4):345-358.
19. Organización Panamericana de la Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Recursos Humanos: Un factor critico de la Reforma Sectorial en Salud. Reunión regional, San José Costa Rica. 3 - 5 de Diciembre de 1997. Washington, D.C.:OPS; 1998. (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos 8).
20. Rígoli F, Jean Louis D. Los incentivos en Servicios de salud, Université de Montreal; Octubre 1999.
21. Ministerio de salud de Nicaragua. Convenio Colectivo y Salarial del MINSA 2003 -2005, División general de Recursos Humanos.Programa Modernización del sector Salud, Septiembre de 2003.
22. Organización Panamericana de la Salud .Observatorio de los Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales de Salud. Propuesta Interagencial OPS-CEPAL-OIT, División de desarrollo de sistemas de salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Washington D.C.: OPS/OMS; 1999.
23. Véase Red de Recursos Humanos. La evaluación del desempeño y la gestión de Recursos Humanos en la pagina electrónica <http://www.rrhh.net/>.

24. Organización Panamericana de la Salud. Informe del IV Foro de Recursos Humanos en Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, San José Costa Rica, Noviembre 2-3. Washington, D.C.: OPS; 2000.
25. Ministerio de Salud Nicaragua. Sistema de Gestión del desempeño. División General de Recursos Humanos, Proyecto PROSILAIS – UNICEF-OPS/OMS; Julio de 2004.
26. ILO. Terms of employment and working conditions in health sector reform, report for discussion (Genava 1998).
27. Alwan A, Horby P. The implications of health sector reform for human resources development. Bulletin of the World Health Organization 2002, 80(1):56-60.
28. Nigenda G, Machado M. From state to market : The Nicaraguan labour market for health personnel . Health policy and planning 2000 ; 15 (3):312-318.

ANEXOS

Cuadro 1: Matriz básica del Observatorio de los Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales

Anexo1.

Problemas críticos (calientes)	Propuestas de variables a considerar	Área problema	Objetivo planteado
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad y distribución inadecuadas • Flujos intra sectoriales no regulados • Tendencia a la flexibilidad sin protección • Retraso normativo – legal 	<ul style="list-style-type: none"> • Composición del empleo • Regímenes de contratación • Regímenes de remuneraciones • Duración legal y efectiva de la jornada laboral • Protección social • Sindicalización • Negociación colectiva 	<p>Calidad del empleo y régimen laboral</p>	<p>Adecuación de los marcos legales laborales y su regulación</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de evaluación de experiencias sobre productividad • Desempeño deficiente y no evaluado adecuadamente • Inexistencia, inadecuación y/o carencia de sostenibilidad de sistemas de incentivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Productividad • Sistemas de evaluación del desempeño • Sistemas de incentivos • Sistemas de información ad-hoc • Tipo de organización del trabajo • Mecanismos de gestión de tecnología • Programas continuos de calidad • Programas de garantía de calidad • Ausentismo y rotatividad 	<p>Productividad del trabajo y calidad de los servicios</p>	<p>Incremento y sostenibilidad de la calidad y productividad</p>

Problemas Críticos	Propuestas de Variables a considerar	Área Problema	Objetivo Planteado
<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de la educación permanente • Baja calidad de la educación en salud • Falta de mecanismos regulatorios para mejorar la calidad y la eficiencia en la educación • Educación para perfiles profesionales inadecuados • Necesidad de reconversión de personal 	<ul style="list-style-type: none"> • • Programas de educación permanente • Perfiles profesionales inadecuados • Mecanismos de incentivos a la formación de profesionales generalistas • Acreditación de programas educativos • Certificación de competencias • Programas de desarrollo docente • Programas de reconversión profesional 	Formación y capacitación de recursos humanos	Educación y capacitación para el desarrollo de competencias de los nuevos procesos de trabajo
<ul style="list-style-type: none"> • Conflictos corporativos • Conflictos institucionales • Baja capacidad para la gestión de conflictos • Inexistencia de concertación de políticas • Falta de gestión participativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de representación de los trabajadores • Representatividad y alcances de la negociación colectiva • Tipología de conflictos • Mecanismos de resolución de conflictos • Mecanismos de participación • Ausentismo y rotatividad • Acuerdos o contratos de gestión 	Gobernabilidad y conflictividad sectorial	Prevención de conflictos y gobernabilidad del sector

ANEXO 2: TABLA DE NÚMEROS ALEATORIOS SELECCIONADOS A PARTIR DE LA MUESTRA A UTILIZAR PARA EL ESTUDIO.

MÉDICOS		ENFERMERAS		AUXILIARES		TÉCNICOS	
Nº Inicial:01 Nº Final: 55 N: 55 n: 41		Nº Inicial:01 Nº Final : 37 N : 37 n: 23		Nº Inicial: 01 Nº Final : 64 N : 64 n : 48		Nº Inicial: 01 Nº Final : 16 N : 16 n: 08	
Números aleatorios		Números aleatorios		Números aleatorios		Números aleatorios	
1	33	1		1	31		2
2	35	2		2	33		3
3	36	3		4	34		4
4	37	5		5	35		8
6	38	6		6	36		10
7	39	8		7	38		12
8	40	10		8	39		13
11	41	11		9	40		15
12	42	12		10	41		
13	43	15		11	42		
14	44	16		12	43		
15	45	17		14	44		
16	47	18		15	45		
17	50	20		16	46		
19	51	23		17	52		
20	52	24		18	53		
22	54	26		19	55		
23		29		22	56		
24		30		25	57		
25		31		26	59		
26		35		27	60		
28		36		28	61		
29		37		29	62		
31				30	63		

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL PERSONAL DE SALUD DEL SILAIS MADRIZ, NICARAGUA. (Anexo 3)

Se Marcará en una casilla la respuesta que considere, en algunas preguntas puede haber más de una respuesta. Se le indicará en su momento.

I. PERFIL DEL PERSONAL

EDAD (Años Cumplidos): _____

SEXO: 1. Masculino 2. Femenino

MUNICIPIO AL QUE PERTENECE: _____

UNIDAD DE SALUD EN LA QUE TRABAJA:

- 1. SILAIS
- 2. Centro de Salud
- 3. Puesto de Salud

PROFESIÓN:

- 1. Médico General
- 2. Médico Servicio Social
- 3. Lic. en Enfermería
- 4. Enfermera Profesional
- 5. Auxiliar de enfermería
- 6. Odontólogo (a)
- 7. Técnico de laboratorio Clínico
- 8. Fisioterapeuta
- 9. Técnico de Higiene y Zoonosis
- 10. Técnico de Control de vectores
- 11. Otra: _____ (Especifique)

II. SITUACIÓN LABORAL

CARGO QUE DESEMPEÑA:

- 1. Asistencial
- 2. Asistencial y responsable de programa
- 3. Sólo responsable de programa
- 4. Jefe de Brigada
- 5. Laboratorista
- 6. Responsable enfermería
- 7. Otro: _____
(Especifique)

TIPO DE CONTRATO LABORAL:

- 1. Permanente
- 2. Temporal
- 3. Por Servicio

¿QUÉ EFECTOS TIENE PARA USTED EL TIPO DE CONTRATO?

- 1. Estabilidad
- 2. Seguridad
- 4. Ninguno
- 5. No contesta

¿LE HAN MOVILIZADO A OTRA UNIDAD DE SALUD EN LOS ULTIMOS 6 MESES?

1. Si 2. No 3. No contesta

SI HA SIDO MOVILIZADO ¿Qué EFECTOS TIENE PARA SU DESARROLLO PROFESIONAL? (puede haber más de una respuesta)

1. Desmotivación
2. Altera las relaciones de trabajo
3. Desarrollo mayor fuerza de trabajo
4. Otras: _____

¿ESTA SATISFECHO CON EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?

1. Muy satisfecho___ 2. Satisfecho___ 3. Poco satisfecho___ No satisfecho___

¿RECIBE ALGUN INCENTIVO POR EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO A PARTE DE SU SALARIO?

1. Si 2. No 3. No contesta

¿Qué TIPO DE INCENTIVO RECIBE?

1. Económico
2. beca para formación
3. Otro: _____

III FORMACION Y CAPACITACION

¿DURANTE ESTE AÑO HA RECIBIDO CAPACITACIONES POR PARTE DEL PERSONAL DEL SILAIS O DE SU UNIDAD DE SALUD?

1. Si 2. No 3. No contesta

DESDE 1998 QUE SE INICIO LA MODERNIZACION DEL SECTOR SALUD ¿HA SIDO SELECCIONADO(A) PARA RECIBIR MAYOR FORMACION PROFESIONAL?

1. Si 2. No 3. No contesta

SI HA SIDO SELECCIONADO(A) HA RECIBIDO LA FORMACION?

1. Si 2. No 3. No contesta

ESTA SATISFECHO CON SU FORMACION PARA SU DESEMPEÑO PROFESIONAL?

1. Muy satisfecho___ 2. Satisfecho___ 3. Poco satisfecho___ No satisfecho___

¿CUANTAS VECES AL MES RECIBE EDUCACION CONTINUA?

1. Una vez a la semana
2. Una vez cada 15 días
3. Una vez al mes
4. Ninguna vez

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAL SANITARIO SEGÚN SEXO, EDAD, PROFESIÓN, MUNICIPIO Y UNIDAD DE SALUD, SILAIS MADRIZ, 2004.

VARIABLE	NUMERO	PORCENTAJE
SEXO		
Masculino	28	23.3
Femenino	92	76.7
EDAD		
21 – 30 años	68	56.6
31-40 años	42	35
> 41 años	10	8.3
PROFESIÓN		
Médico	41	34. 1
Enfermera	21	17. 5
Auxiliar	50	41.6
Técnico	08	6.6
MUNICIPIO		
Cusmapa	7	5.8
Sabanas	4	3.3
San Lucas	11	9.2
Somoto	34	28. 3
Totogalpa	13	10. 8
Yalagüina	09	7.5
Palacagüina	14	11.5
Telpaneca	12	10
San J. Río Coco	16	13.3
UNIDAD DE SALUD		
Puesto de Salud	14	11.7
Centro de Salud	106	88. 3
TOTAL	120	100

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAL SEGÚN CARGOS DENTRO DE LA ACTIVIDAD LABORAL SILAIS MADRIZ, 2004.

CARGO	NUMERO	PORCENTAJE
Asistencial (Clínico, laboratorista,)	42	35
Mixto (asistencial y Responsable de Programa)	48	40
Sólo responsable Programa	14	11.7
Otros	16*	13.2
Total	120	100

* : Se incluyen algunos Gerentes de Centros de Salud.

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE CONTRATO DEL PERSONAL SEGÚN PROFESIÓN SILAIS MADRIZ, 2004.

PROFESIÓN	PERMANENTE NUMERO (%)	TEMPORAL NUMERO (%)	POR SERVICIO NUMERO (%)
AUXILIAR	49 (98)	1 (2)	00
ENFERMERA	20 (95.2)	1 (4.8)	00
MÉDICO	23 (56.1)	10 (24.4)	8 (19.5)
TÉCNICO	8 (100)	0 (0)	00
TOTAL	100 (83,3)	12 (10)	8 (6.7)

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PERSONAL DE SALUD, SEGÚN SENTIMIENTO DE ACUERDO AL TIPO DE CONTRATO SILAIS MADRIZ 2004.

SENTIMIENTO	TIPO DE CONTRATO	
	PERMANENTE nº =97	TEMPORAL n=10
Estabilidad y seguridad	17.5%	0
Estabilidad	72.1%	0
Inestabilidad	3 %	100%
Seguridad	7.2%	0
TOTAL	100%	100%

Nota: se excluyeron personas que no contestan y los que no presentan ningún sentimiento

TABLA 5. PORCENTAJE DE PERSONAL QUE RECIBIO FORMACION EN EL PERIODO DE 1998-2004 SEGÚN MUNICIPIOS, SILAIS MADRIZ.

MUNICIPIOS	TOTAL DE PERSONAL	TOTAL PERSONAL FORMADO	PORCENTAJE
Somoto	34	6	17.6
S.J. Rio coco	16	5	31.2
Telpaneca	12	1	8.3
Yalagüina	09	5	55.5
Totogalpa	13	1	7.6
Palacagüina	14	7	50
San Lucas	11	2	18.1
Las Sabanas	04	1	25
Cusmapa	07	0	0,0
Total	120	28	23.3

**TABLA 6. NIVEL DE PROFESIÓN QUE RECIBIO CAPACITACIÓN EN SILAIS
MADRIZ, AÑO 2004.**

PROFESION	SI N (%)	NO N (%)	NO CONTESTA N (%)
AUXILIAR DE ENFERMERIA	34 (68)	15 (30)	1 (2)
ENFERMERA	15 (71.4)	6 (28.6)	0 (0)
MEDICO	28 (68.3)	12 (29.3)	1 (2.4)
TECNICO	4 (50)	4 (50)	0 (0)
TOTAL	81 (67.5)	37(30.8)	2 (1.7)

TABLA 7. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE PARTICIPO EN LA PLANIFICACION DE ACTIVIDADES DE LAS UNIDADES DE SALUD SILAIS MADRIZ-2004.

PROFESION	EN OCASIONES NUMERO (%)	NUNCA NUMERO (%)	SIEMPRE NUMERO (%)
AUXILIAR DE ENFERMERIA	26 (52)	17 (34)	7 (14)
ENFERMERA	8 (38.1)	7 (33.3)	6 (28.6)
MEDICO	18 (4.9)	14 (34.1)	9 (22)
TECNICO	1 (12.5)	4 (50)	3 (37.5)
TOTAL	53 (44.2)	42 (35)	25 (20.8)

GRAFICO 1. PERSONAL QUE RECIBE INCENTIVOS SEGÚN PROFESION, SILAIS MADRIZ. 2004

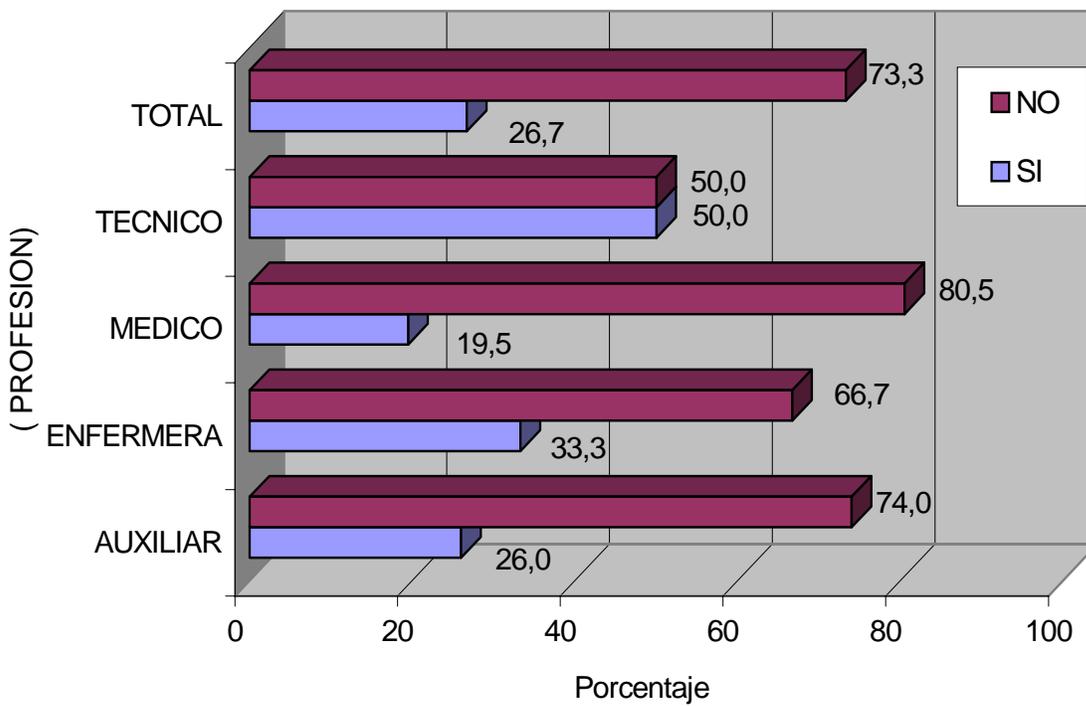


GRAFICO 2. RAZONES DE NO PARTICIPAR EN LA PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES EN LOS PROGRAMAS-SILAIS MADRIZ-2004.

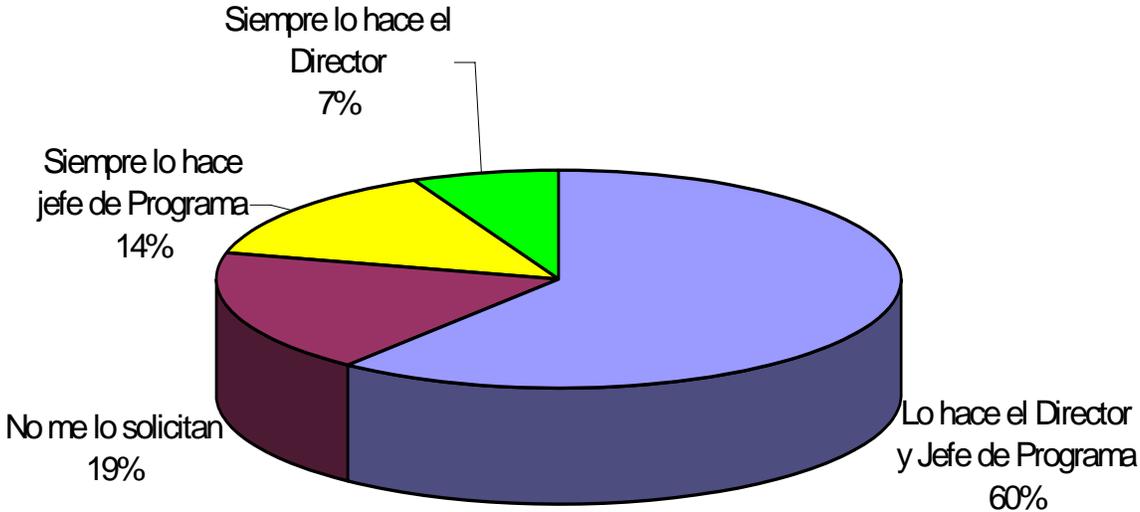


GRAFICO 3. SATISFACCION DEL PERSONAL DE SALUD CON EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO -SILAIS MADRIZ-2004.

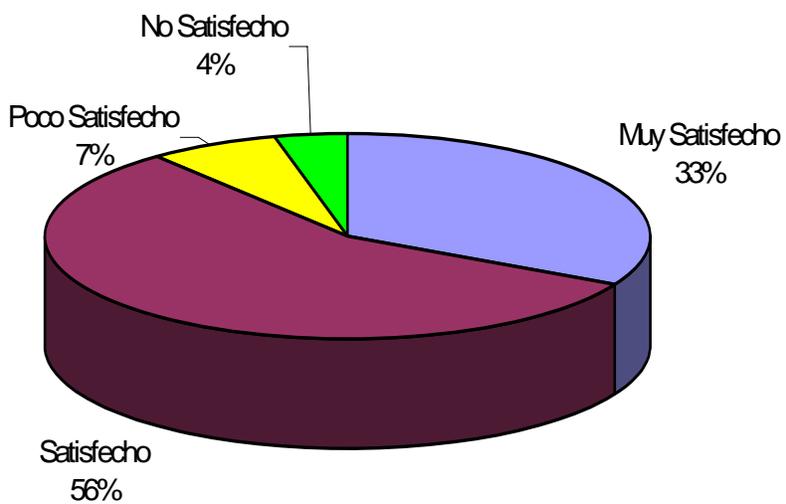


GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE LA OPINION DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE ASPECTOS GERENCIALES EN LA UNIDAD DE SALUD,SILAIS MADRIZ, DICIEMBRE DE 2004.

