



**INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL "PEDRO KOURI"
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, EL SALVADOR**

TITULO:

AUSENTISMO LABORAL DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN LA CONSULTA
EXTERNA: HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL, 2017.

AUTORA:

DRA. PATRICIA EUGENIA ÁLVAREZ RAMÍREZ, Msp.

TUTOR:

DR. FÉLIX ORLANDO DICKINSON MENESES, DrC.

Tesis para optar por el Título en Máster en Epidemiología

DEDICATORIA

A mi hermana, que a pesar de ya no estar entre nosotros, me acompañó cada día en este esfuerzo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia y en especial a mi esposo que me apoyó en cada momento y en cada una de los días y noches de trabajo.

A la dirección y personal del Hospital Nacional San Rafael por su disposición y colaboración en todo momento.

A la Licda. Angelita Elías Directora de Desarrollo de RRHH del Minsal por las orientaciones brindadas.

A mi tutor Prof. Félix O. Dickinson por su paciencia y enseñanzas.

A todos y todas los que hicieron posible este reto.

TABLA DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN.....	6
II.	OBJETIVOS	10
III.	MARCO TEÓRICO	11
IV.	DISEÑO METODOLÓGICO	24
V.	RESULTADOS.....	35
VI.	DISCUSIÓN	47
VII.	CONCLUSIONES.....	55
VIII.	RECOMENDACIONES	56
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
X.	ANEXOS	I

RESUMEN

El ausentismo laboral es un problema antiguo inherente al surgimiento del trabajo. En profesionales de la salud es esencial para la calidad de la atención. El Viceministerio de Servicios de Salud, reconoce su influencia negativa y la necesidad de caracterización ante la limitada investigación en el sector sanitario. **Objetivo:** Caracterizar el ausentismo laboral de médicos especialistas en las consultas externas de gineco-obstetricia, medicina pediátrica, interna y cirugía general del Hospital Nacional San Rafael. **Métodos:** Se realiza un estudio descriptivo transversal (investigación de servicios y sistemas de salud en gestión y organización) entre 1^o/enero-31/diciembre/2017. Se describen con medidas absolutas y relativas el ausentismo laboral de los médicos de las especialistas según variables socio-demográficas, laborales y algunas repercusiones. **Resultados:** Predominan los especialistas masculinos con más de 25 años de experiencia, que residen cerca del hospital y están contratados permanentemente. Gineco-obstetricia, tiene mayor número de especialistas. Medicina interna posee la mayor cantidad de horas destinadas a consulta externa. Las licencias no formales \leq un día fueron las causas de ausencia más frecuentes. El porcentaje de ausentismo alcanzó 4,4 % con mayor incidencia entre edades 30-39 años en junio y octubre. **Conclusiones:** Predominan el sexo masculino, las edades avanzadas, los casados que residen cerca del hospital con larga experiencia profesional y la contratación laboral permanente (Ley de salarios). Las principales causas de ausentismo fueron licencias no formales (misión oficial/motivos personales) con duración \leq un día. La programación de consulta no alcanzó niveles óptimos de cumplimiento.

I. INTRODUCCIÓN

El ausentismo o absentismo laboral es un problema muy antiguo e inherente al surgimiento del trabajo en las asociaciones humanas. Actualmente resulta un fenómeno complejo y creciente con múltiples causas y factores asociados con un importante impacto negativo en lo económico y lo social (1).

Resulta vital el conocimiento y el control del ausentismo laboral para las organizaciones laborales de todo tipo (público, privado, con o sin ánimo de lucro) con el fin de reducirlo, buscando evitar sus impactos en el ejercicio de las actividades y el logro de sus objetivos. Numerosas investigaciones plantean las consecuencias negativas que el mismo provoca, relacionándolo con diversos factores, entre los que se encuentran la desmotivación y la insatisfacción personal, y considerándolo en ocasiones una medida del grado de bienestar alcanzado por una persona, tanto en el ámbito laboral como en el personal (2).

Los sistemas de salud solo pueden funcionar con los trabajadores de salud; la mejora de la cobertura de los servicios de salud y la realización del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud depende de su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

El ausentismo en los profesionales de la salud es un factor primordial que puede condicionar la calidad de la atención médica en calidad y cantidad. Reduce la efectividad de la provisión de asistencia médica y compromete la calidad de los servicios porque se deja a menos trabajadores en servicio, lo que resulta en sobrecarga de trabajo o interrupción en la prestación del servicio (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la demanda y el uso proactivo de los datos de la fuerza laboral de salud en la política pública internacional deben ser estimulados y se debe alentar el discurso global para evaluar las implicaciones de la fuerza laboral de salud de cualquier objetivo de salud pública. Las mejoras

en la arquitectura de la información de Recursos Humanos en Salud (RHS) y la interoperabilidad pueden generar indicadores básicos en apoyo de estos procesos. Los datos recopilados deben incluir una descripción general de las características de la fuerza laboral patrones de remuneración; competencia de los trabajadores (por ejemplo, el papel de los trabajadores de salud desagregados entre cuadros y entre diferentes niveles de atención); rendimiento; ausencia, absentismo y sus causas profundas; dinámica laboral de la movilidad; ataques contra trabajadores de la salud; y el desempeño del propio sistema de gestión de RHS (el tiempo promedio que toma llenar una vacante, la tasa de deserción durante la educación y el empleo, los resultados de los programas de acreditación, etc.) (2).

Existen diversos estudios realizados en diferentes países sobre el ausentismo por parte de personal de salud, en el caso de El Salvador se tiene conocimiento de estudios realizados hacia el ausentismo laboral del personal de enfermería, sin embargo no se han encontrado investigaciones por parte del personal médico especialista de la consulta externa, aunque existe el registro del comportamiento del ausentismo laboral en los hospitales del Ministerio de Salud (Minsal), disponible en el desarrollo del módulo de Planeación de Recursos Humanos (RRHH).

En El Salvador el Minsal es el ente rector de salud y es el mayor prestador de servicios de salud. Las otras instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS) son el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), Comando de Sanidad Militar (COSAM) y la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) (4, 5).

Entre el 2010 y el 2014 la Reforma de Salud, que comenzó en el 2009, logró sentar las bases de un modelo basado en la atención primaria de salud y obtener avances en la salud pública, el acceso y la cobertura a una atención integral de

salud. A partir del 2014, se ha reorientado y profundizado en el proceso de reforma, con un claro enfoque de acceso y cobertura universal de salud e integración funcional del SNS. (4) Uno de los ejes de la reforma de salud desde el 2009 ha sido el Desarrollo RRHH en el SNS, convirtiéndose en la piedra angular para impulsar estrategias necesarias para lograr el derecho a la salud por parte de la población salvadoreña (6, 7).

En ese sentido, debido a la importancia del tema, se percibe por parte de las autoridades del Viceministerio de Servicios de Salud, del Minsal la influencia negativa del ausentismo laboral del personal sanitario en la calidad y cantidad de la atención médica a la población, no conociéndose investigaciones relacionadas al ausentismo en el personal médico especialista y de ahí la necesidad de caracterizar el ausentismo laboral a nivel hospitalario, así como sus causas y el efecto en la atención a la población usuaria.

El HNSR, según su categorización es un hospital departamental, uno de los tres de la Región de Salud Central, y está ubicado en el Municipio de Santa Tecla, cabecera del departamento de La Libertad, (8) ubicándose geográficamente en una importante posición en la calidad y cantidad de atención de salud que puede y debe brindar. La dirección de este centro, igualmente considera que se requiere profundizar y analizar localmente el ausentismo laboral en los servicios de consulta externa de dicho hospital, especialmente en las realizadas por los especialistas de mayor demanda, para lo cual esta investigación constituye aproximación a la temática en el contexto nacional y del hospital, ante su limitado abordaje en las investigaciones relacionadas con el sector de la Salud Pública en El Salvador.

Para el desarrollo de la presente investigación se consideró como planteamiento del problema la: Afectación percibida por tomadores de decisión en la atención en salud por pérdidas de horas médicas en la Consulta Externa del HNSR en el período enero a diciembre 2017; siendo la pregunta de investigación: ¿Cuál ha

sido el comportamiento, las principales características y efectos del ausentismo laboral del personal médico en la Consulta Externa del HNSR durante el 2017?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General:

Caracterizar el ausentismo laboral de los médicos especialistas en la consulta externa de especialidades seleccionadas del HNSR durante el año 2017.

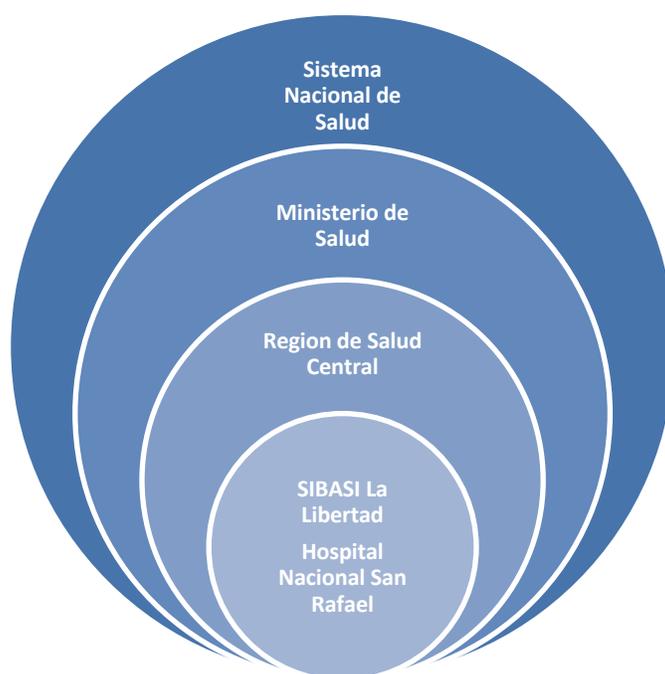
2.2. Objetivos específicos:

1. Describir el ausentismo laboral de los médicos especialistas en las consultas externas de gineco-obstetricia, medicina pediátrica, medicina interna y cirugía general de acuerdo a los factores socio-demográficos y características laborales.
2. Determinar las causas el ausentismo laboral de los médicos especialistas en las consultas externas seleccionadas.
3. Examinar algunas repercusiones del ausentismo laboral de los médicos especialistas en las consultas seleccionadas en el Hospital Nacional San Rafael.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Del Sistema Nacional de Salud, el Minsal y el Hospital Nacional San Rafael

El Minsal es la entidad rectora de la salud del país y el mayor prestador de servicios de salud; su organización interna y sus servicios e instalaciones están estructurados técnica y administrativamente en un nivel central, cinco regiones de salud y 17 sistemas básicos de salud integral (9,10).

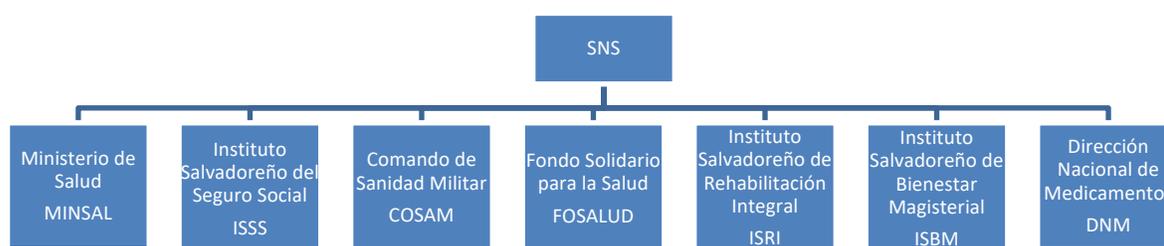


Región de Salud Central en la estructura del Minsal

Fuente: Elaborado por autora a partir de la Ley de creación del SNS y el Manual de Organización de las RIIS, Minsal El Salvador.

El ISSS es la segunda institución con mayor cantidad de instalaciones y cobertura poblacional; sus servicios de salud están estructurados en cuatro regiones. Las otras instituciones que conforman el SNS son el ISRI, el ISBM, Fosalud, COSAM y la DNM.

El Minsal es el responsable de la cobertura de 72,0 % de los salvadoreños; el ISSS se ocupa de 25,1 %; y el ISBM y el COSAM atienden 1,6 % y 1,1 %, respectivamente. La segmentación se evidencia en la distribución no equitativa del gasto público per cápita en la salud: el Minsal tiene un gasto per cápita de US\$ 137; el ISSS de US\$ 236; el COSAM de US\$ 349; y el ISBM de US\$ 509. La composición del gasto nacional de salud entre el 2009 y el 2015 indicó que las instituciones públicas financiaron más de 60,0 % del gasto nacional de salud, un tercio salía directamente del bolsillo de los hogares y menos de 7,0 % provenía de las empresas de seguros privados (4).



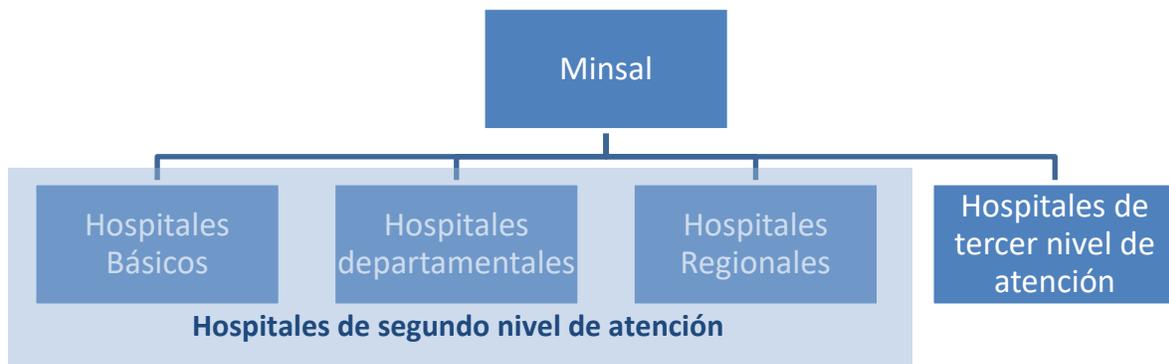
Sistema Nacional de Salud de El Salvador

Fuente: Elaborado por autora a partir de la Ley de creación del SNS y el Viceministerio de Servicios de Salud, Minsal, El Salvador.

Entre el 2010 y el 2014 la Reforma de Salud que comenzó en el 2009 logró sentar las bases de un modelo basado en la atención primaria de salud y obtener avances en la salud pública, el acceso y la cobertura a una atención integral de salud, mediante la eliminación del pago en los sitios de atención pública y el acercamiento de los servicios a la población a través de los equipos comunitarios de salud familiar. Además, se dispuso la organización y la gestión de servicios en redes y el desarrollo de los recursos humanos para alcanzar un sistema de salud universal y equitativo. No obstante, persiste la segmentación y la fragmentación del sistema. A partir del 2014, se ha reorientado y profundizado en el proceso de reforma, con un claro enfoque de acceso y cobertura universal de salud e integración funcional del SNS. Todos los integrantes del SNS acordaron esto mediante una hoja de ruta para avanzar hacia estos objetivos.

Desde el 2009 el Minsal, cuenta con un sistema de servicios de salud, organizado según los niveles de atención y la complejidad resolutiva en 69 micro redes municipales e intermunicipales, 17 redes departamentales y 5 redes regionales, las cuales conforman la Red Nacional de Servicios de Salud (4).

Con relación al contexto hospitalario, el Minsal cuenta con 30 hospitales, categorizados en: 1) **Hospitales de Segundo Nivel de Atención:** Hospitales Básicos, Departamentales y Regionales; 2) **Hospitales de Tercer Nivel de atención** (8).



Categorización de Hospitales del Minsal.

Fuente: Elaborado por autora a partir del Lineamiento para la categorización de hospitales, Minsal El Salvador.

Según su categorización el HNSR, es uno de los 3 hospitales de la Región de Salud Central, esta ubicado en el Municipio de Santa Tecla, cabecera del departamento de La Libertad. (8)

Fue construido en el año 1890 y destruido por los terremotos del 13 de enero y 13 de febrero 2001, erigiéndose sus nuevas instalaciones en el 2008. (10, 11)



Foto: HNSR después de los terremotos del 2001. Fuente: OPS/OMS, A. Waak

Foto: HNSR después de su reconstrucción Fuente: Dirección HNSR

Cuenta con servicios de hospitalización, consulta ambulatoria y emergencias; posee una capacidad instalada de 224 camas hospitalarias censables¹ o reales y 161 no censables, (14) 637 empleados con modalidad de ley de salarios y un presupuesto aprobado en el 2017 de \$15 725 730 USD (15).

Es el centro de referencia para el Sistema Básico de Salud (SIBASI) La Libertad y la población de sus 22 municipios asciende a 803 794 habitantes en una extensión geográfica de 1 652,88 km², que incluye las 46 Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF). Además, es un Hospital de referencia para hospitales de menor complejidad de la Región de Salud Central (14).

Según el Manual de Organización y Funciones del HNSR, las Especialidades Médicas Incluidas en la Oferta de Servicios del hospital son: 1. Gineco-obstetricia, 2. Medicina Pediátrica, 3. Medicina Interna, 4. Cirugía general, 5. Psiquiatría, 6. Neonatología, 7. Anestesiología y 8. Ortopedia (16).

¹ Cama censable o real es aquella que se encuentra realmente instalada y dispuesta las 24 horas del día para recibir una persona, esté ocupada o no. Se excluyen las camas de cuerpo de guardia, trabajo de parto, cuartos de emergencia o cuidados especiales, observación, reconocimiento, banco de sangre, investigaciones radiológicas o endoscópicas, intervenciones menores, recién nacidos normales y las camas del personal que reside en el hospital, siendo estas las no censables. (13)

En relación a la consulta externa, esta cuenta con un total de 80 especialistas, de los cuales 12 son de gineco-obstetricia, 9 de medicina interna, 4 de pediatría y 10 de cirugía general; a su vez del total de especialistas, 68 brindan atenciones compartidas en la consulta externa y hospitalización. La infraestructura de la consulta externa cuenta con 27 consultorios, 4 para gineco-obstetricia, 4 medicina interna, 2 pediatría y 3 de cirugía general. El horario de atención se realiza desde las 7:00 am a las 4:00 pm, lo cual varía de acuerdo con cada especialidad y considerando los horarios de contratación de los médicos especialistas.

Durante el 2017, se registraron para el servicio de consulta externa las siguientes las 10 primeras causas de consulta:

Tabla 1. Diez primeras causas en consulta externa según la lista internacional de Morbilidad, HNSR, 2017.

Grupo de causas	Consultas
Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	12 179
Diabetes mellitus	9 851
Hipertensión esencial (primaria)	7 680
Fractura de otros huesos de los miembros	5 438
Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana (vih)	5 186
Otros trastornos de las vías genitourinarias	3 375
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados en el estrés y trastornos sematomorfos	3 198
Otros trastornos de la tiroides	3 150
Colelitiasis y colecistitis	2 368
Epilepsia	2 339
Demás causas	72 024
Total	126 788

Fuente: SIMMOW, Minsal El Salvador.

3.2. De los recursos humanos en salud y el ausentismo laboral

La atención sanitaria es una industria de servicios basada fundamentalmente en el capital humano. Los proveedores de atención de salud personifican los valores esenciales del sistema: curan y atienden a las personas, alivian el dolor y el sufrimiento, previenen enfermedades y mitigan los riesgos; son el vínculo humano entre conocimiento y acción sanitaria (17). Los RHS son los principales actores del sistema.

Basándose en nuevos análisis de censos nacionales, encuestas de población activa y fuentes estadísticas, la OMS estima que hay en el mundo un total de 59,2 millones de trabajadores sanitarios de jornada completa remunerados. En todo el mundo, los trabajadores de los sistemas sanitarios están sometidos a un estrés y una inseguridad cada vez mayores porque han de reaccionar a un complejo abanico de fuerzas, algunas antiguas y otras nuevas. Las transiciones demográficas y epidemiológicas inducen cambios en las amenazas para la salud de la población a los que este personal debe dar respuesta. Las políticas de financiación, los avances tecnológicos y las expectativas de los consumidores pueden modificar radicalmente lo que se les exige a estos trabajadores, quienes buscan oportunidades y seguridad laboral en los dinámicos mercados de trabajo del ámbito sanitario que forman parte de la economía política mundial. Motivo por el que para superar las dificultades que no permiten lograr los objetivos de los sistemas de salud es fundamental la formación de trabajadores sanitarios competentes, motivados y bien respaldados (17).

Las investigaciones sobre la ausencia de proveedores, o ausentismo, son un medio para recopilar datos sobre un aspecto importante y medible de la calidad de la prestación de servicios: por ejemplo, maestros, médicos o enfermeras disponibles en el centro de prestación de servicios (por ejemplo, escuela o clínica) en momentos en que deberían estar normalmente en servicio. Así, los altos niveles de ausencia del proveedor son un indicador de deficiencias generales en

la rendición de cuentas dentro del sistema educativo o de salud y, al parecer, también es una causa directa de resultados más deficientes (18).

Por otra parte, según algunos autores, el ausentismo laboral está relacionado con el síndrome del quemado, síndrome del agotamiento o *burnout syndrome*, debido al uso excesivo de las bajas por enfermedad, el deseo de abandonar el trabajo y la disminución del bienestar general.(19) Aunque no existe una definición universalmente aceptada de agotamiento, la mayoría de los investigadores la definen como un estado de agotamiento físico, emocional y mental que resulta de una participación a largo plazo en situaciones laborales que son emocionalmente exigentes. Maslach y Jackson en su publicación de 1981 describieron el agotamiento como resultado de estrés crónico (en el lugar de trabajo) que no se ha resuelto con éxito, caracterizado por el agotamiento y la despersonalización (negativismo/cinismo) y se encuentra predominantemente en el cuidado y las profesiones sociales, maestros, enfermeras, médicos, dentistas (20). Como tal, el agotamiento se incluye en la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) como un término de diagnóstico adicional no definido en la sección sobre los factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud (21, 22).

En El Salvador, la situación laboral del personal de salud es compleja, ya que se desarrolla en el marco de violencia en el que se encuentra el país, el cual no es un fenómeno reciente para la sociedad salvadoreña; de hecho, con el paso del tiempo ha variado en su naturaleza, pero no en intensidad. Paradójicamente, en El Salvador de la posguerra ha habido más asesinatos que durante el conflicto armado. En los últimos años, las altas tasas de homicidios le han colocado entre los primeros lugares del ranking de la violencia homicida a nivel mundial. Entre 2002 y 2012, el promedio de la tasa de homicidios fue $5,6/10^5$ por, superando ocho veces el promedio mundial, que llega a 6,9 homicidios. Esto además, está relacionado con la existencia de las pandillas o maras, quienes no solo extorsionan a los comercios y habitantes de las comunidades, sino también a las

instituciones del Estado: *“Las pandillas extorsionan, violan a mujeres, se roban los materiales del Ministerio de Salud, ponen renta al Instituto de Medicina Legal”* (23). Situación que también constituye un riesgo para la vida del personal de salud.

Según la Estrategia Global de RHS de la OMS, se requiere alinear dentro de las agendas de políticas públicas una visión general completa de las características de la fuerza de trabajo, que incluya el análisis de patrones de remuneración de múltiples fuentes y no solo la nómina del sector público, además la competencia del trabajador rendimiento; ausencia, ausentismo y sus causas principales; dinámica laboral de la movilidad; ataques contra trabajadores de la salud; y el desempeño del sistema de gestión de RHS en sí (2).

La mayoría de los autores utilizan indistintamente los términos ausentismo laboral y absentismo laboral, pero este último es más utilizado en textos del habla inglesa. En las diferentes definiciones se identifica dentro del ausentismo laboral las causas contempladas dentro de la ley, así como las relacionadas con el empleado; se incorporan además en las definiciones incluidas en este estudio que el ausentismo laboral puede estar relacionado, como es evidente, por las condiciones en las que desempeña su trabajo.

Existen diversas definiciones de ausentismo, y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), lo reconoce como: la no asistencia al trabajo por parte de un empleado del que se pensaba que iba a asistir, quedando excluidos los periodos vacacionales y las huelgas (24).

Se trata del producto negativo entre el tiempo para el cual un trabajador fue contratado y el tiempo que realmente desarrolló su tarea. Se puede clasificar de múltiples maneras: (25)

- 1) Según su origen: médico y no médico
- 2) Según las causas amparadas por la ley: legales e ilegales
- 3) De acuerdo con la decisión del trabajador: voluntario e involuntario.

Algunas de las causas del ausentismo en las empresas están relacionadas con:
Recursos Humanos: por la existencia de problemas de seguridad, de salud, de satisfacción laboral, de incumplimiento de la normativa laboral y otros.

Compañeros de Trabajo: por el incremento de la carga de trabajo, cambios de turnos, horas extras, disponer de un colaborador menos fiable o con menor experiencia;

Empleado ausentista: por problemas de salud, pérdida de capacitación, pérdida de productividad, descenso de la empleabilidad, aislamiento;

Dirección General: por la necesidad que el responsable operativo resuelva el problema inmediato, generando, cambios de tareas o turnos, buscar sustituto, lo que repercute en la calidad del servicio, en la competitividad de la empresa, entre otros (25).

A pesar de su importancia, la medición del ausentismo es uno de los grandes problemas a los que se enfrenta la investigación actual puesto que no hay un acuerdo unánime sobre los índices universales a utilizar, empleándose principalmente en la actualidad las magnitudes de frecuencia y duración. Las medidas utilizadas para determinar el absentismo son poco homogéneas. Incluso la base de cálculo es en ocasiones diferente. No se computan siempre el mismo tipo de ausencias (26–28).

Chiavenato también menciona que el ausentismo es la suma de los periodos que el personal esta ausente del trabajo, ya sea por falta o por tardanza, debido a la mediación de algún motivo. Una vez diagnosticadas las causas del ausentismo, debe efectuarse una acción coordinada de supervisión con el debido apoyo de políticas de la organización y apoyo de la dirección para tratar de reducir los niveles de ausencia y tardanzas del personal (29).

El ausentismo no siempre ocurre por causas inherentes al empleado; también pueden causarlo, la deficiente organización, supervisión, la súper especialización de las tareas, la falta de motivación, desagradables condiciones de trabajo, la

escasa integración del empleado en la organización del empleado en la organización y el impacto psicológico de una dirección deficiente (29). Por tanto, resulta coherente que si los trabajadores se ausentan menos, dedican más tiempo a la tareas, y por ende aprovechan mejor la jornada laboral, siendo a su vez más productivos (30).

Un estudio basado en visitas a una muestra nacional representativa de centros de salud en Bangladesh en 2002 mostró cuán importante es la medición directa de la asistencia, cuando se encontró que el 74 por ciento de los médicos enviados a las clínicas rurales más remotas estaban ausentes en un momento dado (18).

En cuanto al panorama mundial, el II Informe sobre Ausentismo Laboral en España y el mundo, describe a España con una media de 11,4 días perdidos por trabajador por año, colocándolo como el país europeo con más bajas laborales. Este informe menciona que de una muestra de naciones integrada por Suiza, Finlandia, Dinamarca, Australia, Canadá y Estados Unidos se obtuvo un promedio de 4,9 días perdidos por trabajador por año, se presentan menos bajas laborales y se mantiene una tendencia decreciente en el tiempo. Sin embargo, Suiza tiene una media de 10,9 días perdidos, aunque la tendencia al alza es moderada. De acuerdo con el ranking de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), sus países² tienen un promedio de ausentismo laboral de once días al año, por enfermedad. Chile aparece con 15,6 días, Alemania con 16 días al año y la nación con menos ausentismo es Holanda, con 6 días (31).

Lo anterior se relaciona también con los resultados obtenidos por el banco mundial en su investigación: *Provider Absence Surveys in Education and Health*, el cual ofrece una instantánea de las tasas de ausencias en el sector salud en varios países, menciona las dificultades para comparar información de diversos

² La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) es una Organización intergubernamental que reúne a 34 países de todos los continentes, no incluye a El Salvador. <http://www.oecd.org>.

países, existiendo escasez de información confiable y comparable sobre la ausencia, particularmente en el sector de la salud (18) Sin embargo la información disponible del comportamiento del ausentismo en el mundo brinda parámetros para poder comparar a nivel nacional aunque no existe consenso para la medición de estos indicadores (28).

Para el Minsal, los RHS representan un eje estratégico y están definidos como la piedra angular del Sistema Nacional de Salud (SNS), que impulse los cambios, asumiendo roles de liderazgo, gestión y prestación de servicios de salud con altos estándares de calidad técnica y humana en los diferentes niveles de atención (32).

La densidad de profesionales de la salud en El Salvador para el 2015 era de 19,5 por 10⁵ habitantes³, como resultado de los avances hacia una distribución más equitativa del personal, sobre todo en los departamentos más vulnerables. No obstante, aún persisten brechas en la distribución porcentual urbano-rural del personal de la salud. La fuerza laboral se encontraba ubicada en seis instituciones del SNS y en el año 2015 un total de 46 983 trabajadores se distribuían de la forma siguiente: 17,7 % médicos generales y especialistas, 2,1 % odontólogos, 10,5% enfermeras, 13,1 % auxiliares de enfermería, 19,6 % personal técnico, 8,1 % promotores de la salud, 27,8 % personal administrativo y 0,9 % practicantes internos. Del total de los recursos humanos del SNS, 62,4 % se concentraba en el Minsal (4).

A diciembre de 2016, el Minsal reportó 29 433 plazas en diferentes modalidades horarias de contratación, el 96 % con fondos del Gobierno, lo que implica seguridad laboral para la mayoría de trabajadores. Además, se crearon en ejecución presupuestaria 20 plazas nuevas y se absorbieron 106, para un total de 126 plazas nuevas (33). Esta realidad del personal de salud requiere de

³ Indicadores de las metas regionales de Recursos humanos para la salud 2007-2015, OPS. Meta establecida de 25 profesionales por 10 000 habitantes (médicos, personal de enfermería y licenciados en salud materno-infantil).

seguimiento y revisión permanente de su comportamiento laboral, incluyendo el ausentismo laboral, así como otros indicadores trazadores del talento humano.

Debido a la importancia de la gestión del talento humano, el Minsal, desde el 2015 cuenta con el Modulo de Planeación de RRHH, el cual es una plataforma informática encaminada a dotar a la red nacional de Hospitales del Minsal, de la herramienta metodológica que permita realizar el cálculo de necesidades y la planificación de personal asistencial: médico y de enfermería, requerido anualmente para fortalecer la prestación de servicios de salud a la población; dicha plataforma considera dentro de sus variables para el cálculo del personal de salud el porcentaje de ausentismo médico, tomando en cuenta sus funciones y fuentes de financiamiento; y como fuentes de información el sistema de control de asistencia, el plan anual de la distribución de horas, inventario de personal y la distribución de horas asistenciales y administrativas (34).

Según el reglamento interno de RRHH del Minsal, el ausentismo laboral o inasistencia puede justificarse por medio licencias formales: superiores a 5 días y formalizadas mediante acuerdo o resolución y licencias informales aquellas que son inferiores a los 5 días tramitadas mediante un formulario ordinario y con autorización de la jefatura inmediata (35).

Los reportes del Módulo de Planeación de RRHH, mencionan que comportamiento del ausentismo laboral del personal médico hospitalario a nivel nacional (2017) fue 5,92 %, mientras que en el HNSR fue de 1,76 % en el 2014 y 3,0 % en el 2015, de 2,83 % en el 2016 y 2,94 % en el 2017. Es necesario aclarar que este reporta se genera de todo el personal médico del hospital, sin desagregar las diferentes áreas, específicamente de la consulta externa (Anexo 1).

3.3. De la agenda médica

Según el reglamento nacional de hospitales, la consulta externa se brinda en los Hospitales con el propósito de ofrecer una atención especializada de forma ambulatoria; la organización de la atención médica en las consultas se debe realizar utilizando los turnos escalonados, y no debe citarse a todos los pacientes del día, a la misma hora, las modificaciones en su horario de comienzo, supresión o sustitución del médico actuante tienen que estar autorizadas por el Jefe de la Consulta Externa, el Director o Subdirector correspondiente. (36)

Por otra parte, desde el año 2010 a nivel nacional, se inició la implementación del Sistema Integral de Atención al Paciente (SIAP) el cual ayuda a manejar eficientemente la información de los expedientes clínicos, la consulta externa, agenda médica, el despacho de medicamentos, registro de exámenes (laboratorio clínico y gabinete), entre otros. Para el agendamiento de las citas, los hospitales cuentan, en su mayoría, con el módulo de cita médica.(37)

Para el caso del HNSR, el SIAP inició su implementación de forma gradual en el año 2011, el cual fue desarrollándose progresivamente, e identificándose como una herramienta encaminada a facilitar las actividades cotidianas en el ámbito laboral.

Este sistema establece la capacidad total de consulta de cada recurso, tomando en cuenta los estándares de tiempo definidos para cada tipo de consulta (Ver anexo 4) (38), así es posible programar las citas de pacientes de primera vez gestionadas por el primer nivel de atención, de pacientes subsecuentes previamente atendidos en el hospital y cupos disponibles para la atención de pacientes derivados de la emergencia, también se realiza por medio de la programación anual operativa la cual no se considerará para la presente investigación ya que es un calculo que no considera los horarios de los médicos y se evalúa por medio de la producción (Ver anexo 2).

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Diseño de la investigación:

Se realizó un estudio descriptivo transversal como parte de una investigación de servicios y sistemas de salud en gestión y organización que abarcó el período entre el 1^{ro} de enero y el 31 de diciembre de 2017.

4.2. Universo de estudio:

Estará conformado por todos los médicos especialistas en gineco-obstetricia, medicina pediátrica, medicina interna y cirugía general que cumplan con los criterios de inclusión, y está constituido por 35 especialistas.

4.3. Criterios de Inclusión:

Se incluyó al personal médico especialista permanente de las consultas externas seleccionadas, que posean registro en el Sistema de Información de RRHH y que laboraron en el período comprendido entre el 1^{ro} de enero y el 31 de diciembre del 2017 en las consultas externas de esas especialidades en el HNSR. Se excluyen cualquier otro personal médico y no médico que no cumpla los criterios de inclusión.

4.4. Definiciones:

Para efectos del presente estudio se consideraron las siguientes definiciones:

Ausentismo Laboral: es la frecuencia y/o duración del tiempo de trabajo que se pierde cuando los colaboradores no se presentan al trabajo; constituye la suma de los períodos en los cuales se encuentran ausentes del trabajo, sea por falta, por retraso o por algún otro motivo (34).

Porcentaje (o índice) de ausentismo laboral: señala el porcentaje del tiempo no trabajado durante las ausencias, con relación al volumen de actividad esperada o planeada, es el resultado de dividir el número de horas de ausentismo

entre el total de horas a laborar (o contratadas) multiplicado por cien. Para el cálculo de este indicador se incluyen todos los tipos de licencia con excepción de las misiones oficiales (38,39).

Licencias: Licencia formal y no formal con goce o sin goce de sueldo, tramitada de acuerdo a lo establecido en la Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos, Disposiciones Generales de Presupuesto e Instructivo 5 063 emitido por el Ministerio de Hacienda (35).

Licencia formal: toda licencia solicitada por un período mayor a cinco días, la cual debe formalizarse por medio de acuerdo o resolución según el caso.

Licencia no formal: licencia solicitada por un periodo no mayor a cinco días en el mes, la cual debe tramitarse por medio de talonario, con la autorización del jefe inmediato.

Tiempo de la licencia: se entiende como la duración de la licencia en horas, tomando en cuenta las horas contratadas.

Licencia por enfermedad. Certificación médica: licencia formal por enfermedad mayor de cinco días, con goce o sin goce de sueldo, presentada en el período establecido por el marco legal vigente. Sin certificación médica, informal e inferior a 5 días.

Licencia por maternidad: licencia formal solicitada por toda empleada que pare un nacido vivo con una duración de 4 meses.

Licencia para lactar: toda empleada o funcionaria del ministerio sin importar su tipo de contratación, puede gozar del beneficio de ausentarse de su jornada laboral ordinaria sea administrativa o por la modalidad de turno, hasta por una

hora diaria, con el fin de lactar a su hijo, por el periodo de seis meses posteriores al regreso de su licencia por maternidad.

Licencia por motivo personal: licencia formal o informal según el tiempo solicitado, el cual no puede exceder los 2 meses. El tiempo solicitado en la licencia se contabiliza en base a días calendario.

Licencia por motivo de estudios: licencia formal concedida hasta por dos horas diarias para realizar estudios superiores, al empleado o funcionario que lo solicite, tramitada según el marco legal vigente.

Licencias con goce de sueldo por trabajo extraordinario: licencia formal o informal con goce de sueldo de acuerdo con el tiempo solicitado por todo empleado o funcionario público que tenga derecho por haber laborado en tiempo extraordinario a su jornada de trabajo, previamente solicitado y autorizado por el jefe inmediato. Conocidas como licencias por tiempo compensado.

4.5. Operacionalización de variables:

Variable	Definición y escala
Sociodemográficas	
Edad (variable cuantitativa discreta).	De acuerdo a la bibliografía consultada, los grupos de edades (años cumplidos) se clasifica en 4 categorías: <ul style="list-style-type: none"> • 30 a 39 años • 40 a 49 años • 50 a 59 años • 60 a 69 años
Sexo (variable cualitativa nominal dicotómica)	Según sexo biológico: <ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino

Lugar de residencia (variable cualitativa nominal politómica)	Municipio de residencia de los recursos.
Estado civil (variable cualitativa nominal politómica)	Según Artículo N° 186 del Código de Familia de El Salvador: 1. Casado 2. Divorciado 3. Viudo 4. Soltero 5. Acompañado
Aspectos laborales	
Especialidad (variable cualitativa nominal politómica).	De acuerdo a los estándares de especialidad existentes en el país: 1. Gineco-obstetricia (G-O) 2. Medicina Pediátrica (MP) 3. Medicina Interna (MI) 4. Cirugía General (CG)
Tiempo de experiencia en la especialidad (variable cuantitativa discreta).	Años que ha laborado como especialista (años cumplidos desde que inició a laborar como especialista en el HNSR)
Condición laboral: Modalidad de contratación (variable cualitativa nominal politómica)	De acuerdo a los estándares de especialidad existentes en el país: Fijo: 1. Plaza Ley de Salarios 2. Contrato GOES (con fondos del Gobierno de El Salvador: GOES) Temporal: 3. Contrato por Servicios Profesionales

	<p>4. Ad-honorem</p> <p>Otro:</p> <p>5. Fosalud (con fondos del Fosalud)</p>
Horas Contratadas (variable cuantitativa continua).	Número de horas contratadas diariamente por cada una de las especialidades
Horas asignadas a la consulta externa (variable cuantitativa continua).	Porcentaje de horas asignadas a la consulta externa (PHA)= Horas asignadas a la consulta externa/total de horas contratadas x 100
Horas laboradas (variable cuantitativa continua).	Porcentaje de horas laboradas (PHL)=Total de horas laboradas/total de horas contratadas X 100 Calculado por especialidad y total
Causa de la ausencia: tipo de licencia (variable cualitativa nominal politómica)	<p>Según clasificación de reglamento interno de RRHH del MINSAL (9):</p> <p>1. Formal:</p> <p>1.1. Enfermedad</p> <p>1.2. Consultas y tratamientos</p> <p>1.3. Enfermedad prolongada</p> <p>1.4. Enfermedad gravísima de parientes o duelo</p> <p>1.5. Dictamen de invalidez temporal</p> <p>1.6. Maternidad</p> <p>1.7. Para lactar</p> <p>1.8. Motivo personal</p> <p>1.9. Beca por estudio en el extranjero</p> <p>1.10. Por estudios</p> <p>1.11. Con goce de sueldo por trabajo extraordinario</p> <p>1.12. Misión Oficial</p> <p>2. No formal</p>

	<p>2.1. Enfermedad</p> <p>2.2. Consultas y tratamientos</p> <p>2.3. Motivo personal</p> <p>2.4. Misión Oficial</p>
Duración de la ausencia (Según horas contratadas)	<p>1. Menor o igual a un día laboral</p> <p>2. De dos a cinco días consecutivos</p> <p>3. De seis a 30 días consecutivos</p> <p>4. Mayor a 30 días</p>
Ausencia según día de la semana de la consulta (variable cualitativa nominal politómica)	<p>Según el día de la semana que haya ocurrido la ausencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lunes • martes • miércoles • jueves • viernes <p>Consolidado y por especialidad</p>
Porcentaje de ausentismo laboral (PAL): (variable cuantitativa continua).	<p>$PAL = \text{Horas de ausencia} / \text{horas contratadas} \times 100$</p> <p>Calculado por especialidad, por mes, grupos etarios.</p>
Días con ausencia que afectan la consulta externa (variable cuantitativa continua).	<p>Porcentaje de días con ausencia que afectan la CE= $\frac{\text{días con ausencia que afectan la consulta externa}}{\text{total de días con ausencia}} \times 100$</p> <p>Calculado mensualmente</p>
Cumplimiento de la programación de la consulta externa de cada especialidad	<p>Porcentaje de cumplimiento de la programación (PCP)= $\frac{\text{Total de consultas realizadas}}{\text{total de consultas programadas}} \times 100$.</p>

(variable cuantitativa continua).	
Estado de cumplimiento de la consulta médica (variable cualitativa nominal politómica)	1 Consulta realizada: 1.1 Consulta realizada por el especialista 1.2 Consulta realizada por otro recurso (especialista) 1.3 Consulta realizada por otro recurso (residente) 2 Consulta reprogramada (fecha ulterior) 3 Consulta no realizada

4.6. Técnicas y procedimientos:

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el tema objeto de estudio de acuerdo con los objetivos de la investigación.

Así mismo, se revisó el marco legal existente en el país, en lo relativo al tema de estudio, se utilizaron algunos conceptos que aparecen en los documentos normativos relativos a la temática en El Salvador, así como otros conceptos desarrollados por expertos en la temática.

Fuentes de información:

1. Registro del comportamiento laboral del Sistema de Información de RRHH del Minsal (SIRH)
2. Se consultaron los reportes del módulo de citas del Sistema Integrado de Atención al Paciente (SIAP)
3. Producción por recurso del Sistema Morbimortalidad en la web (SIMMOW): <https://simmow.salud.gob.sv>
4. La nómina del personal de la consulta externa de las cuatro especialidades seleccionadas: registros documentales RRHH y <http://spme.salud.gob.sv>

5. Módulo de planeación de RRHH del Minsal: <http://sprh.salud.gob.sv>
6. Registro manual de ausentismo de paciente a la consulta programada en SIAP.

Es necesario mencionar que el SIAP, a pesar de ser una importante herramienta informática para la organización de la consulta externa, dentro de sus reportes automáticos no brinda de forma consolidada las consultas que no fueron realizadas por el recurso al que se le programaron y fueron brindadas por otro recurso, por lo que fue necesario comparar las bases de datos de las consultas programadas en el SIAP y del registro de atenciones realizadas por cada recurso del SIMMOW, dando seguimiento a cada paciente de acuerdo a su número de expediente y fecha programada.

4.7. Para dar salida al primer objetivo:

Para describir el ausentismo laboral de los médicos especialistas en las consultas seleccionadas de acuerdo a los factores socio-demográficos y características laborales se analizaron los factores sociodemográficos tales como: edad, sexo, lugar de residencia, estado civil y características laborales como número de recursos, años de experiencia laborando como especialista en el HNRS, condición laboral, horas contratadas y horas asignadas a la consulta externa.

4.8. Para dar salida al segundo objetivo:

Para determinar las causas del ausentismo laboral de los médicos especialistas en las consultas externas seleccionadas se analizó por tipo de especialidad:

- Porcentaje de horas laboradas calculado de forma acumulada y por cada una de las especialidades seleccionadas:
$$\text{PHL} = \frac{\text{Total de horas laboradas}}{\text{total de horas contratadas al año}} \times 100.$$
- Causa de la ausencia por clasificación de licencia:
 - ✓ No. licencias formales/ total de licencias en horas x 100

- ✓ No. licencias no formales/ total de licencias en horas x 100
- ✓ No. de licencias por enfermedad / total de licencias en horas x 100
- ✓ No. de licencias por enfermedad gravísima de parientes o duelo/ total de licencias en horas x100
- ✓ No. de licencias por dictamen de invalidez temporal/ total de licencias en horas x 100
- ✓ No. de licencias por maternidad en horas al mes / total de licencias en horas x 100
- ✓ No. de licencias por lactancia en horas al mes/ total de licencias en horas x 100
- ✓ No. de licencias por motivo personal/ total de licencias en horas x 100
- ✓ No. de licencias por estudios en horas al mes / total de licencias en horas x 100
- ✓ No. de licencias por beca por estudio en el extranjero en horas al mes/ total de licencias en horas x 100
- ✓ No. de licencias por maternidad en horas al mes / total de licencias en horas x 100
- ✓ No. de licencias por trabajo extraordinario en horas al mes / total de licencias en horas x 100
- ✓ No. de misiones oficiales otorgadas en horas al mes / total de licencias en horas x100
- Duración de la ausencia: Porcentaje de duración de la ausencia por cada una de las especialidades
 - ✓ Menor o igual a un día laboral (Según horas contratadas)
 - ✓ Dos a cinco días consecutivos (Según horas contratadas)
 - ✓ De seis a 30 días consecutivos (Según horas contratadas)
 - ✓ Mayor a 30 días
- Día de la semana en la que ocurren las ausencias
- Porcentaje de ausentismo: (Calculado por especialidad, mes y grupos etarios)

$$PAL = \frac{\text{Horas de ausentismo}}{\text{horas contratadas}} \times 100$$

4.9. Para dar salida al tercer objetivo:

Se examinarán las repercusiones del ausentismo laboral de los médicos especialistas en las consultas seleccionadas en el Hospital Nacional San Rafael por medio de:

- Ausencias que afectan la CE= No. de días de ausencia que afectan la CE/ total de días de ausencias x 100
- Cumplimiento de la programación de consulta:
 - ✓ No. de consultas realizadas/total de consulta programadas x 100
 - ✓ No. de consulta no realizadas/ total de consulta programadas x 100
 - ✓ No. de consulta realizadas por otro recurso especialista/total de citas programadas x 100
 - ✓ No. de consulta realizadas por otro recurso (residente de la especialidad)/ total de citas programadas x 100
 - ✓ No. de consultas reprogramadas/ total de consultas programadas x 100

4.10. Programas y gestores utilizados:

Para el análisis de la información se diseñaron matrices de vaciado en Microsoft Office Excel 2016, estimando frecuencias absolutas, relativas y rangos. Como procesador de texto se utilizó Microsoft Office Word 2016 y como gestor bibliográfico Zotero Versión 5.0.64. Para la obtención de la información se realizó la revisión documental de bibliografía relacionada.

4.11. Limitaciones del estudio:

Primeramente, están las inherentes al diseño de investigación que se utiliza. También aquellas relacionadas por el uso de las diferentes fuentes de información recolectadas previamente al estudio.

Por otra parte, el SIRH no cuenta con registros, sobre si el personal de salud posee otro empleo. Además, la marcación de entradas y salidas del personal se

registra de forma general en el hospital, no contando con un registro de la asistencia del personal exclusivo para la consulta externa.

No se cuenta con información consolidada del número de consultas reprogramadas, así como aquellas consultas que son realizadas por otro especialista o residente diferente al programado.

4.12. Control de sesgos:

Para evitar sesgos de información, la recopilación de datos por el propio investigador permitió uniformidad en su recogida y, por tanto, una disminución del sesgo del observador. Los datos discordantes fueron rectificadas directamente por los investigadores, a partir de los registros originales, tomando las precauciones adecuadas para que las correcciones no indujeran confusión con los datos originales. Así mismo el investigador participó directamente en el proceso de inclusión y selección de los participantes según metodología de la investigación.

4.13. Consideraciones Éticas:

El protocolo de esta investigación fue sometido al Comité de Ética del HNSR y la Comisión Científica Especializada de Epidemiología. Así mismo, requirió de la aprobación de la dirección del HNSR para el uso de la información, pero no de un consentimiento informado de sus participantes ya que no serían identificables. Se respeta la confidencialidad y preservan los datos e información del estudio, cuya utilización es estrictamente con fines científicos. La investigación no representa un riesgo para los participantes y se obtendrán beneficios para toda la población que justifican su realización bajo un marco bioético.

V. RESULTADOS

De acuerdo a los datos obtenidos, se cuenta con un total de 35 especialistas de las especialidades seleccionadas. Por grupos de edades, un total de 15 especialistas (42,9 %) se encuentran entre 60 y 69 años, 8 especialistas (22,9 %) en los grupos de 30-39 y 50-59 años y solamente 4 (11,4 %) entre 40 y 49 años. En cuanto a la distribución por especialidades médicas y edad, en el rango de 60-69 gineco-obstetricia y cirugía poseen el mayor porcentaje con 50,0 %, de 50-59 medicina pediátrica con 50,0%, de 40-49 gineco-obstetricia con 16,7 % y de 30-39 el 44,4 % (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución por especialidades médicas y edad de los especialistas de las consultas externas. Hospital Nacional San Rafael. 2017.

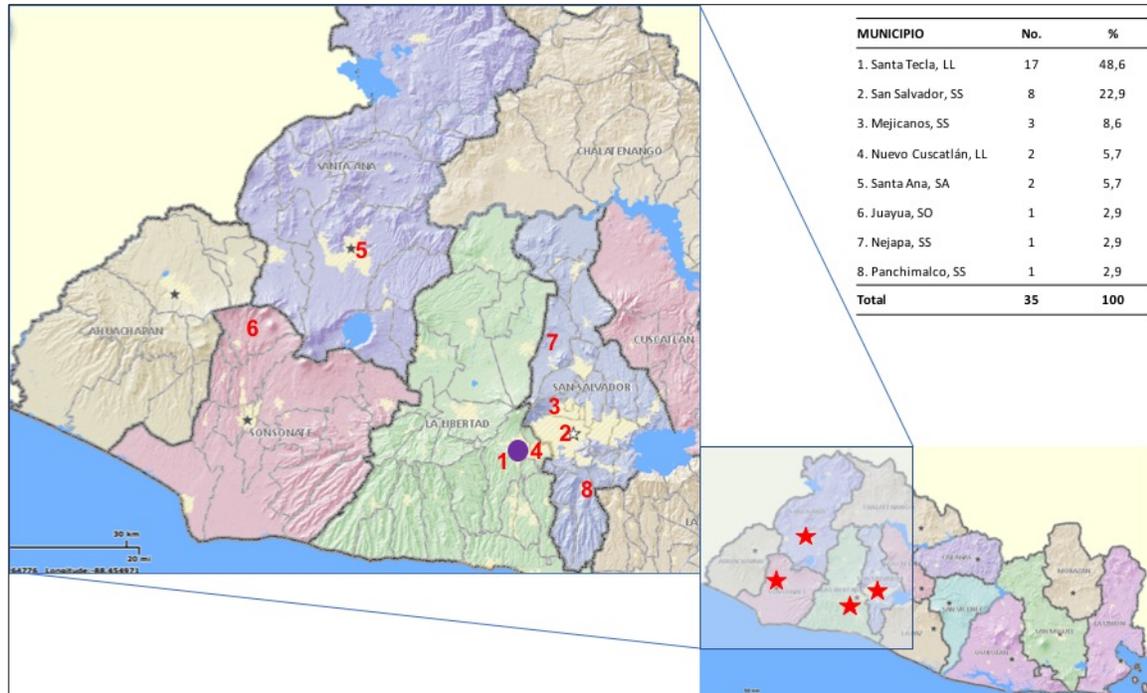
Especialidad	Grupos de edades									
	30-39		40-49		50-59		60-69		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
G-O	1	8,3	2	16,7	3	25,0	6	50,0	12	34,3
MP	1	25,0	0	0,0	2	50,0	1	25,0	4	11,4
MI	4	44,4	1	11,1	1	11,1	3	33,3	9	25,7
CG	2	20,0	1	10,0	2	20,0	5	50,0	10	28,6
Total	8	22,9	4	11,4	8	22,9	15	42,9	35	100,0

G-O: Gineco-obstetricia, MP: Medicina Pediátrica, MI: Medicina Interna, CG: Cirugía General
Fuente: Base de Excel procesada por la autora, a partir de archivos del departamento de RRHH, HNSR.

De acuerdo al sexo 24 (68,6 %) corresponden al sexo masculino y 11 (31.4 %) al sexo femenino. En el sexo masculino predominaron los especialistas entre 60-69 años (54,2 %), seguido de 50-59 años (25,0 %) mientras que en las féminas predominaron las especialistas del grupo de edad de 30-39 años (21,0 %) seguido con igual proporción (8,0 %) por el resto de los grupos de edades (Datos no mostrados).

Sobre el municipio de residencia, el 48,6 % viven en Santa Tecla, el 22,9 % en San Salvador, seguido de 8,6 % Mejicanos, 5,7 % en Santa Ana y Nuevo

Cuscatlán y 2,9 % para los municipios de Juayua, Nejapa y Panchimalco. (Figura 1).



Fuente: Base de Excel procesada por la autora, a partir de archivos del departamento de RRHH, HNSR. Mapa tomado del visualizador geográfico del Centro Nacional de Registros de El Salvador: <http://cloud.cnr.gob.sv/CNRcloud/>

Figura 1. Municipio de residencia de especialistas. Consulta externa, Hospital Nacional San Rafael, 2017.

De acuerdo al estado civil de los recursos humanos incluidos en el estudio, el 71 % se encuentra casado, 22,9 % soltero, 5,7 % divorciado, no se reportan personas acompañadas o viudas (Datos no mostrados).

Las especialidades médicas incluidas en el estudio y de acuerdo al número de RRHH se distribuyen 34,3 % gineco-obstetricia, 28,6 % cirugía general, 25,7 % medicina interna y 11, 4 % medicina pediátrica. Se identifica que los años de experiencia del personal contratado en términos generales es mayor para los 26 a 30 años con 22,9 %, seguido de 20 % para ≥ 31 ; 17,1 % para cero a cinco y

seis a diez años, 11,4 % para 21 a 25 años, 8,6 % para 11 a 15 años y 16 a 20 años de experiencia laboral (Tabla 3).

Tabla 3. Años de experiencia de los especialistas por tipo de especialidad. Hospital Nacional San Rafael. 2017.

Especialidad	Años de experiencia en la especialidad															
	0-5		6-10		11-15		16-20		21-25		26-30		≥ 31		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
G-O	1	8,3	3	25,0	0	0	1	8,3	2	16,7	3	25,0	2	16,7	12	34,3
MP	1	25,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	4	11,4
MI	2	22,2	2	22,2	1	11,1	0	0,0	0	0,0	2	22,2	2	22,2	9	25,7
CG	2	20,0	1	10,0	1	10,0	0	0,0	1	10,0	2	20,0	3	30,0	10	28,6
Total	6	17,1	6	17,1	3	8,6	1	2,9	4	11,4	8	22,9	7	20,0	35	100

No.: Número de especialistas con determinada cantidad de años de experiencia.

G-O: Gineco-obstetricia, MP: Medicina Pediátrica, MI: Medicina Interna, CG: Cirugía General

Fuente: Base de Excel procesada por la autora, a partir de archivos del departamento de RRHH, HNSR.

Sobre la modalidad de contratación, el 88,6 % posee una contratación permanente, y de estos el 100 % del personal de pediatría cuenta con contrato por Ley de Salarios, seguido de gineco-obstetricia con 91,7 %, cirugía general con un 90 % y medicina interna 77,8 %; por otra parte 5,7 % del total del personal posee una modalidad de contratación temporal, correspondiente a servicios profesionales, siendo el 11,1% a medicina interna y el 10 % del personal de cirugía general. Así también Fosalud posee 2 recursos contratados, los cuales corresponden al 5,7 % del total de recursos, siendo el 11,1 % del total de medicina interna y el 8,3 % del total de gineco-obstetricia No hubo ningún especialista acogido a la contratación con fondos de GOES ni ad-honorem (Tabla 4).

Tabla 4. Modalidad de contratación de especialistas de la consulta externa. Hospital Nacional San Rafael. 2017.

Especialidad	Permanente		Temporal		Otros	
	Ley de salarios		Servicios profesionales		Fosalud	
	No.	%	No.	%	No.	%
G-O	11	91,7	0	0,0	1	8,3
MP	4	100,0	0	0,0	0	0,0
MI	7	77,8	1	11,1	1	11,1
CG	9	90,0	1	10,0	0	0,0
Total	31	88,6	2	5,7	2	5,7

No.: Número de especialistas con determinada cantidad de años de experiencia.

G-O: Gineco-obstetricia, MP: Medicina Pediátrica, MI: Medicina Interna, CG: Cirugía General

Fuente: Base de Excel procesada por la autora, a partir de archivos del departamento de RRHH, HNSR

En relación a las horas contratadas de las especialidades en estudio, de las 44 032 horas contratadas en el HNSR, 2 352 horas son asignadas a la consulta externa, correspondiendo al 5,3 %; siendo 9,5 % medicina interna, 7,2 % gineco-obstetricia, 2,0 % cirugía general y 1,7 medicina pediátrica (Tabla 5).

Tabla 5. Horas anuales contratadas en cada especialidad. Hospital Nacional San Rafael. 2017.

Especialidad	Contratadas en el HNSR	Asignadas a CE	% asignadas a CE
G-O	13 278,0	960,0	7,2
MP	6 972,0	120,0	1,7
MI	10 648,0	1 008,0	9,5
CG	13 134,0	264,0	2,0
Total	44 031,0	2 352,0	5,3

G-O: Gineco-obstetricia, MP: Medicina Pediátrica, MI: Medicina Interna, CG: Cirugía General

Fuente: Base de Excel procesada por la autora, a partir de archivos del departamento de RRHH, HNSR.

En el HNSR los recursos únicamente marcan su entrada y salida una vez al día, no contando con un registro de asistencia individual para la consulta externa, por lo que esta información no es posible establecerla.

Para cada una de las especialidades se identifica, que medicina pediátrica alcanzó 94,8 % de horas laboradas, seguida de 93,9 % cirugía general, 93,0 gineco-obstetricia y 90,8 % medicina interna, haciendo un total de 93,0 % horas anuales en relación con las horas contratadas (Tabla 6).

Tabla 6. Horas contratadas y laboradas total anual y según especialidades médicas de consulta externa. Hospital Nacional San Rafael. 2017.

Especialidad	Horas anuales		
	Contratadas	Laboradas	%
G-O	13 278,0	12 343,3	93,0
MP	6 972,0	6 612,9	94,8
MI	10 648,0	9 664,5	90,8
CG	13 134,0	12 334,4	93,9
Total	44 032,0	40 955,1	93,0

G-O: Gineco-obstetricia, MP: Medicina Pediátrica, MI: Medicina Interna, CG: Cirugía General
Fuente: Base de Excel procesada por la autora, a partir de archivos del departamento de RRHH, HNSR.

Es importante mencionar que, en el período de estudio, se reportaron dos renunciaciones. Una correspondió a un especialista en gineco-obstetricia contratado con cuatro horas diarias, cuya plaza estuvo vacante desde junio a diciembre de 2017. La otra renuncia fue una plaza de cirujano general de dos horas diarias, que estuvo vacante durante el mes de marzo de 2017, pero en el mes de abril se contrató otro especialista e incrementaron las horas a cuatro diarias (Datos no mostrados).

Las causas de ausencia según tipo de licencia, acumuladas de enero a diciembre del 2017 se comportaron de la siguiente forma: se obtuvo un total de 3 069,2 horas (677 días) con reporte de ausencia justificadas, de estas 2 444,6 horas (79,6 %) fueron licencias no formales y 624,6 (20,4 %) formales. En las licencias

formales, el 65,3 % fue por motivo personal sin goce de sueldo, seguido de 14,4 % por enfermedad gravísima de pariente o duelo, siendo la de menor porcentaje la licencia para lactar con 8,7 % correspondiendo a un recurso de medicina interna que gozo su licencia de maternidad en el 2016. Entre las causas no formales, el 46,9 % fueron por misión oficial, seguida por 23,3 % por motivos personales y 20,4 % por enfermedad (Tabla 7).

Tabla 7. Ausencia por horas y días de los especialistas, según tipo de licencia. Hospital Nacional San Rafael. 2017.

Tipo de Licencia		Ausencias		
		Días	Horas	
			No.	%
Licencias formales	Enfermedad	18	72,5	11,6
	Enfermedad gravísima de parientes o duelo	16	90,0	14,4
	Para lactar	62	54,2	8,7
	Motivo personal sin goce de sueldo	85	407,9	65,3
	Total	181	624,6	20,4
Licencias no formales	Enfermedad	107	499,9	20,4
	Motivo personal	124	568,9	23,3
	Misión oficial	176	1145,5	46,9
	Con goce de sueldo por trabajo extraordinario	89	230,3	9,4
	Total	496	2444,6	79,6
Todos los tipos de Licencias		677	3069,2	99,4

Fuente: Base de Excel procesada por la autora, a partir de archivos del departamento de RRHH, HNSR

No hubo licencias formales por: consultas y tratamientos, enfermedad prolongada, dictamen de invalidez temporal, maternidad, motivo personal, beca por estudio en el extranjero, por estudios, con goce de sueldo por trabajo extraordinario, misión oficial. Tampoco hubo licencias no formales por consultas y tratamiento. Además, hubo un total de 16 horas de ausencias no justificadas en cuatro días (0,6 %) (Datos no mostrados)

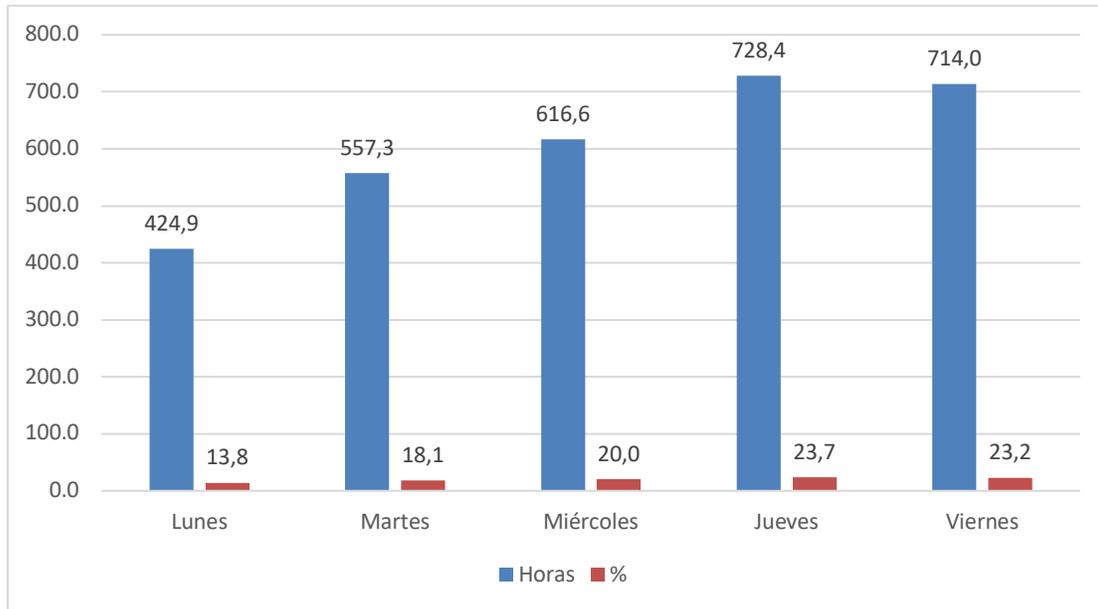
En cuanto a la duración de la licencia, se identificó que fueron solicitadas 438 licencias para el total de ausencias, reportándose 335 (76,5 %) con una duración menor o igual al 1 día laboral, seguido por 97 (22,1 %) ausencias con una duración de dos a cinco días consecutivos y 6 (1,4 %) de ausencias entre los seis y 30 días, no se reportaron ausencias superiores a 30 días (Tabla 8).

Tabla 8. Duración de la licencia en días. Consulta externa del Hospital Nacional San Rafael. 2017.

Duración de la ausencia	No. Licencias	%
Menor o igual a un día laboral	335	76,5
Dos a cinco días consecutivos	97	22,1
Seis a 30 días consecutivos	6	1,4
TOTAL	438	100,0

Fuente: Base de Excel procesada por la autora, a partir de archivos del departamento de RRHH, HNSR.

El día de la semana en la que se identificó mayor número horas acumuladas de ausencias, fue el jueves con 728,4 horas (23,6 %), seguido del día viernes con 714,0 horas (23,1 %), 616 horas el miércoles (20,0 %), 557,3 horas los martes (18,1 %) y el lunes con 429 horas acumuladas (13,8 %), los reportes de inasistencias incluían 40,6 horas los días sábado y cuatro horas el día domingo, estos últimos no relacionados con la consulta externa por lo que no fueron incluidos en la figura (Figura 2).

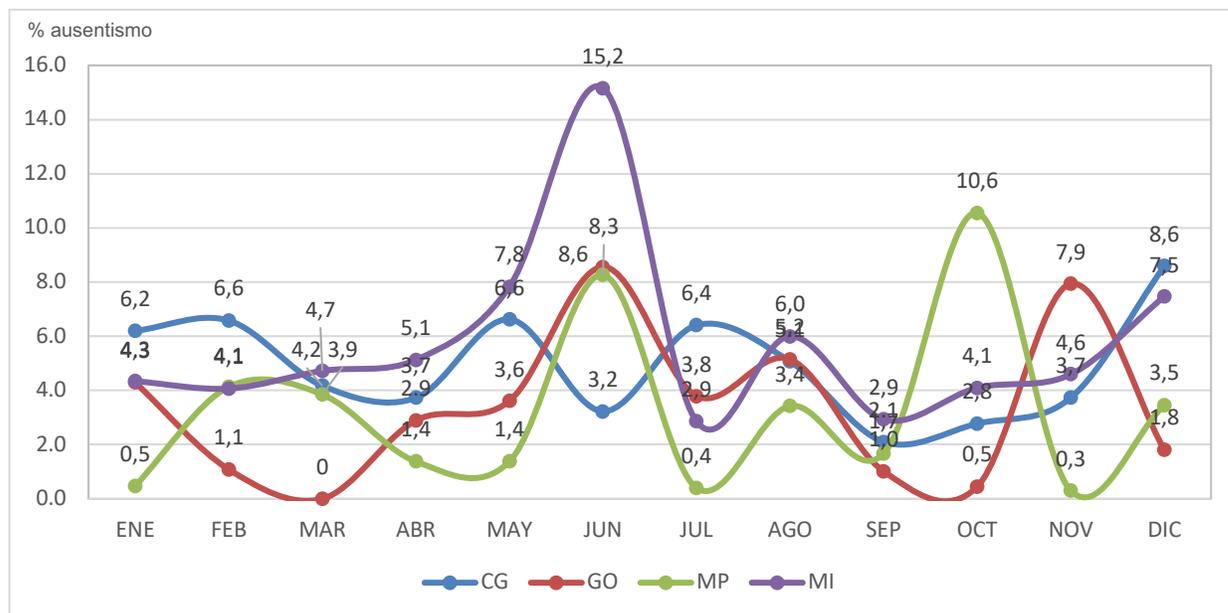


Fuente: Base de Excel procesada por la autora, a partir de archivos del departamento de RRHH, HNSR

Figura 2. Horas de ausencia según día de la semana. Consulta externa, Hospital Nacional San Rafael. 2017

En cuanto al porcentaje de ausentismo laboral por cada una de las especialidades, se observa que 5,1 % corresponde a medicina interna, 4,8% cirugía general 4,9, gineco-obstetricia 3,4 % medicina pediátrica 3,3 %, haciendo un total de 4,4%.

El porcentaje mensual de ausentismo, para todas las especialidades, evidenció su valor más alto para la especialidad de medicina interna en el mes de junio con 15,2 %, para medicina pediátrica en octubre (10,6 %), cirugía general en diciembre y para gineco-obstetricia en el mes de junio, ambos con valores de 8,6 %. Los valores más bajos según especialidades se observaron en marzo (gineco-obstetricia), 0,4 % en julio (Medicina Pediátrica) y 0,5 en enero (Cirugía General) (Figura 3).



G-O: Gineco-obstetricia, MP: Medicina Pediátrica, MI: Medicina Interna, CG: Cirugía General
Fuente: Base de Excel procesada por la autora, a partir de archivos del departamento de RRHH, HNSR.

Figura 3. Porcentaje de ausentismo laboral mensual según especialidades médicas de consulta externa. Hospital Nacional San Rafael. 2017.

El porcentaje ausentismo laboral (horas) por edades fue más elevado en el grupo de especialistas entre 30 y 39 años con 5,0 %, seguido del grupo de 50 a 59 y 60 a 69, ambos con 4,5 %, y el grupo de 40 a 49 años fue el que tuvo menor ausencia reportada (Datos no mostrados).

La proporción de los días de inasistencia de los especialistas que afectaron la consulta externa, considerando el total de ausencia en cada especialidad, alcanzó un total de 48,8 % (332/681 días) para todas las especialidades. La especialidad que más se afectó fue medicina interna con 68,6 % (181/264 días), seguido de gineco-obstetricia con 58,3 % (98/168 días), cirugía general con 23,4 % (43/184 días) y medicina pediátrica 15,4 % (10/65 días) (Datos no mostrados).

De manera general, los meses del año en que hubo una mayor afectación de la consulta externa fueron junio con 68,5 % febrero con 58,0 %, marzo 55,6 %, enero

55,2 % y abril con 50,0 %, el resto de los meses reportó menos del 50 %. Según especialidades, se destaca el mes de enero, en el que las ausencias de los especialistas de medicina interna ascendieron a 88,9 % y marzo 85,7 %. Además gineco-obstetricia reportó 85,2 % de afectación en el mes de junio (Datos no mostrados).

El HNSR, al igual que todos los hospitales del Minsal, realiza la programación de su consulta de dos maneras. La primera relacionada, con la consulta esperada, la cual corresponde a su capacidad instalada de brindar consulta, calculada considerando al estándar establecido para cada tipo de atención. La segunda en relación con la consulta programada en SIAP es decir, la agendada. Para efectos de la presente investigación, se trabajará únicamente con la consulta programada en el SIAP.

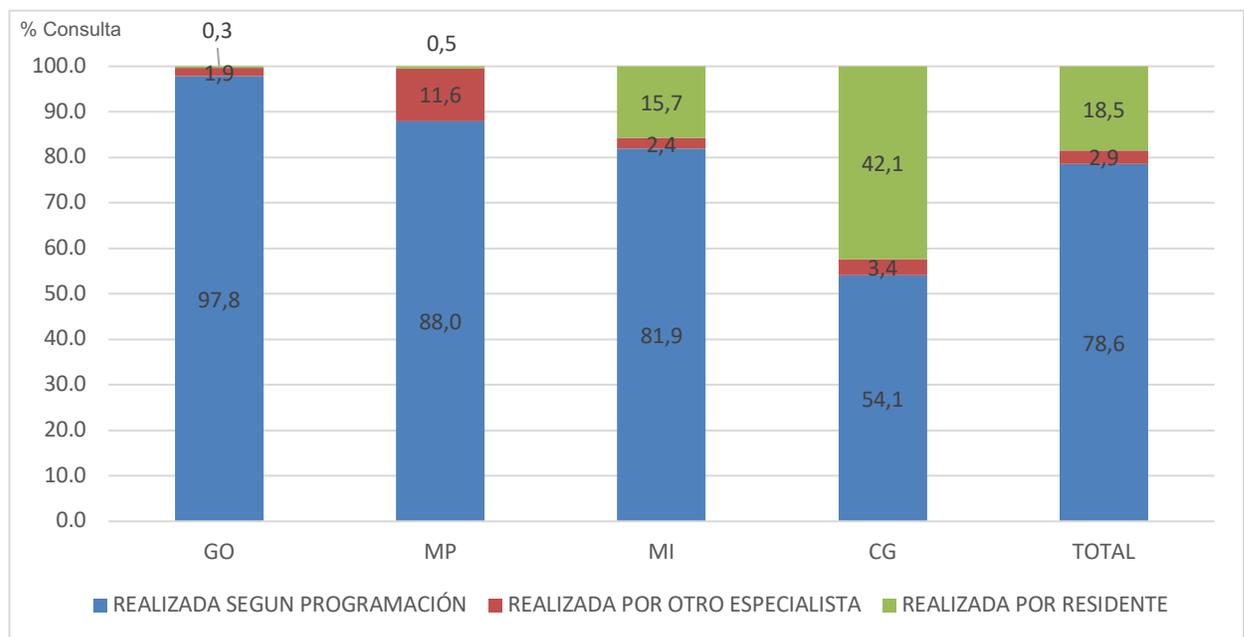
En ese sentido el cumplimiento de la consulta programada en el SIAP, obtuvo un total de 55,6 %, siendo el mayor porcentaje por parte de medicina interna con 62,8 %, 53,3 % cirugía general, medicina pediátrica 52,8 % y gineco-obstetricia 51,6 % (Tabla 9).

Tabla 9. Cumplimiento anual de la consulta programada por especialistas. Consulta externa Hospital Nacional San Rafael 2017.

Consulta programada en el SIAP			
Tipo de especialidad	Programada	Realizada	%
GO	12 268	6 330	51,6
CG	11 745	6 261	53,3
MP	1 605	847	52,8
MI	11 072	6 953	62,8
Total	36 690	20 391	55,6

G-O: Gineco-obstetricia, MP: Medicina Pediátrica, MI: Medicina Interna, CG: Cirugía General
Fuente: Base de Excel procesada por la autora, a partir de archivos del departamento de RRHH, HNSR.

En relación al cumplimiento de la consulta por el recurso programado, del total, el 78,6 % de la consulta programada en el SIAP fue realizada según lo registrado en el SIAP, respetándose la fecha y el recurso especialista previamente establecido, el 18,5 % fue realizada por residentes de cada especialidad y un 2,9 % fue derivada a otro recurso especialista, este comportamiento varia significativamente en la especialidad de cirugía general, en la que el 42,4 % fue brindada por residentes, mientras que en medicina pediátrica y gineco-obstetricia, solo el 0,5 % y 0,3 % respectivamente fueron vistas por residentes (Figura 4).



G-O: Gineco-obstetricia, MP: Medicina Pediátrica, MI: Medicina Interna, CG: Cirugía General
Fuente: Base de Excel procesada por la autora, a partir de archivos del departamento de RRHH, HNSR.

Figura 4. Porcentaje de consulta realizada según recurso programado, acumulado anual, consulta externa, Hospital Nacional San Rafael. 2017

Respecto a la consulta reprogramada, el hospital no cuenta con registros consolidados, sin embargo, según los reportes de atenciones, se deduce que en el período de estudio, 452 fueron realizadas en fecha ulterior a la programada pero dentro del mismo mes (Datos no mostrados).

En términos generales, la consulta no realizada, alcanzó 16 299 atenciones que no fueron realizadas según lo programado, observándose que esta brecha es mayor para gineco-obstetricia con 5 938, seguido de pediatría general con 758 (Datos no mostrados).

Aunque no se corresponde con el ausentismo de los especialistas, es importante destacar que una de las causas para no realización de la consulta según cita programada, es la inasistencia del paciente. El registro de estas inasistencias se inició en el HNSR entre el 1^{ro} de junio y 31 de diciembre del 2017.

Este registro informa 2 960 inasistencias de pacientes. Según especialidades seleccionadas, esta inasistencia a las consultas se comportó de la siguiente forma: medicina interna reportó la mayor cantidad de ausencias con 1 446, seguido de 979 para cirugía general, 420 gineco-obstetricia y 115 por medicina pediátrica. Además, este ausentismo, fue mayor en el mes de octubre con 556 citas suspendidas por ausencia de paciente, seguido del mes de septiembre con 529 y junio con 440 (Datos no mostrados).

VI. DISCUSIÓN

En la presente investigación se aborda un tema que en la literatura médica internacional no es común, y en lo relativo a El Salvador, hay muy pocos estudios disponibles. A partir de la percepción por las autoridades sanitarias de la importancia de esta temática es que se motiva esta investigación, considerando que muchos de los resultados no se conocían previamente y pueden contribuir a esclarecer cuestiones sobre el ausentismo en médicos especialistas en El Salvador y servir, además, para proyectar otras investigaciones.

Los resultados demuestran que la mayoría de los especialistas incluidos en el estudio son masculinos en edades avanzadas de la vida, aspecto que pudiera relacionarse con los años de experiencia (por encima de los 25 años) lo cual es similar a lo observado en El Salvador a nivel nacional, pues según estudios de FundaUngo, un porcentaje importante de personas continúa estando económicamente activo pese a haber superado las edades de retiro⁴ (30,5 % de las personas de 66 años y más) (41). Esta situación puede guardar relación con la necesidad de continuar trabajando, ya sea porque los montos de las pensiones son insuficientes para cubrir las necesidades personales o familiares, o bien por una preferencia personal y profesional de mantenerse productivo a pesar de la edad (41). El predominio del sexo masculino sobre el femenino, en las especialidades, pudiera estar relacionado también con la edad de retiro y otras circunstancias descritas previamente.

Por otra parte, el porcentaje de ausentismo según edad, evidencia que el grupo etario con mayores cifras es el comprendido entre los 30 a 39 años, manteniéndose por debajo del porcentaje nacional y por encima del porcentaje de todo el personal médico del HNSR, comportándose de forma similar a un estudio realizado en el Principado de Asturias (2015) en el que los grupos de edad que

⁴ Hombres, tener 60 años cumplidos y mujeres 55 años, además de comprobar por lo menos 25 años de cotizaciones (40).

presentaron el mayor porcentaje de ausencia fueron los comprendidos entre 26-35 y 36-45 años (27), que incluyen las edades entre 30 a 39 años de nuestro estudio.

Los municipios de residencia más frecuentes fueron Santa Tecla y San Salvador, lugares muy cercanos al lugar de trabajo, con distancias de desplazamiento hasta el centro laboral entre 30 a 35 km (42), y un tiempo estimado de traslado en vehículo o transporte público entre treinta minutos a una hora treinta minutos, en dependencia si el desplazamiento se realiza en las llamadas “horas pico” (4:30 a.m. a 8:00 a.m. y de 4:30 p.m. a 7:30 p.m.) en las que el congestionamiento vehicular se incrementa (43), no debiendo significar mucha dificultad para llegar hasta el HNSR. Esto corrobora que muchas personas prefieren laborar en lugares cercanos al domicilio, lo que les resulta conveniente y les permite el desarrollo de otras actividades (44).

Fue evidente en nuestra investigación que la mayor parte de los especialistas son casados, y no ha sido posible encontrar reportes similares en otros estudios.

La especialidad de gineco-obstetricia, es la que cuenta con mayor cantidad de RRHH en la consulta externa del HNSR; lo cual pudiera estar en concordancia con la importancia brindada a la atención de la mujer, y especialmente la atención materna, por las instituciones gubernamentales de la salud las cuales están establecidas desde la implementación de la reforma sanitaria como parte de las acciones encaminadas a la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna, perinatal y neonatal en la Redes Integradas e Integrales de Salud (RIIS) (44, 45).

La modalidad de contratación más frecuente es la permanente, por ley de salarios, lo que se corresponde con la implementación de las líneas estratégicas de la política de RRHH impulsada por la reforma de salud, que establece la necesidad de generar estabilidad laboral, así como sistemas de incentivos y retención del RHS, lo cual pudiera constituir un estímulo para no ausentarse al trabajo (6, 32).

Similar a un estudio realizado en un hospital de Lima, en los que la mayoría del personal de salud se encuentra en régimen de contrato formal o indefinido (1).

Las horas asignadas a la consulta externa en el HNSR, en relación con las horas contratadas fueron limitadas, y la mayor parte estuvieron destinadas a la atención en los servicios de hospitalización y actividades administrativas de acuerdo a la capacidad instalada del HNSR, la demanda de los servicios y la capacidad resolutive del primer nivel de atención (38). Esto denota que aunque la reforma de salud ha dado importantes pasos por mejorar la dotación y distribución de los RHS, persiste una elevada brecha entre la oferta y demanda de los RHS (32,47), siendo necesario, continuar fortaleciendo la capacidad instalada tanto a nivel hospitalario como en el primer nivel de atención. En este último, por medio de la prestación de servicios especializados de preferencia en entornos extra-hospitalarios (48).

Fue evidente que la especialidad con mayor cantidad de horas destinadas a la consulta externa es medicina interna, lo cual pudiera, estar relacionado con que, el primer nivel de atención del departamento de La Libertad cuenta únicamente con 10 horas diarias de medicina interna para los 22 municipios (49), lo cual evidencia una limitada oferta del primer nivel de sus servicios a la población de ese territorio, lo cual se compensa de alguna manera con consultas en el segundo nivel de atención sanitaria.

Considerando que el Minsal reconoce dos grandes sub-grupos de licencias que justifican la inasistencia al lugar de trabajo (formales y no formales), fue evidente que en el período de estudio predominaron las no formales, lo cual se corresponde con resultados de otros estudios, en que las ausencias de corta duración son las más usuales (50, 51); del total de licencias no formales las más frecuentes fueron por misión oficial, seguida por motivos personales, esta última difiere de los resultados obtenidos por Porret (2012) quien describe que en su estudio, las licencias por motivos personales prevalecen sobre otros tipos (28).

Un importante porcentaje de las licencias formales se debieron a motivos personales sin goce de sueldo, similar a lo reportado en un estudio realizado en el policlínico de Gibara, Cuba donde este tipo fue predominó (52). Este resultado evidencia que los trabajadores tienden a solicitar sus ausencias previamente y de acuerdo a la ley, permitiendo hasta cierto punto la reorganización de las actividades de forma anticipada. Para el caso del Minsal cada empleado tiene derecho a solicitar licencia sin goce de sueldo por un máximo de dos meses consecutivos (35).

Las licencias para lactar alcanzaron el menor porcentaje de las licencias formales, lo que se corresponde puntualmente con una especialista de medicina interna que gozó su licencia de maternidad en el 2016. La ausencia se ampara en lo establecido en la ley de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna (53). Al igual que en otros estudios, este tipo de licencias es disfrutada por un número pequeño de empleadas (50), aunque mientras mayor sea el porcentaje de especialistas en edad reproductiva, mayor podría ser la cantidad de este tipo de licencias.

En cuanto a la duración de la licencia, los resultados indican que la mayoría, tuvo con una duración menor o igual a un día laboral, seguido de las ausencias con una duración de dos a cinco días consecutivos, es decir que de forma similar a otros estudios, la mayoría de las ausencias fueron de corta duración (54) tal como se mencionó previamente.

El día de la semana en la que se identificó mayor número de ausencias, fue el jueves, seguido del día viernes lo cual no se corresponde con resultados de otros estudios, en los que los días lunes (54,55), especialmente relacionado con causas médicas, y el martes (50) fueron los reportados como más frecuentes. En el presente estudio esto pudiera corresponderse con la proximidad del descanso del fin de semana y la posibilidad de alargar el mismo a partir de una ausencia.

Es importante recordar que para el cálculo del porcentaje de ausentismo, las misiones oficiales no son incluidas (35), reconociéndose que, a pesar de que constituyen una inasistencia al lugar de trabajo, los especialistas han sido delegados por la institución para el desarrollo de alguna actividad administrativa, de docencia y otras (26, 28), y puede afectar el cumplimiento del horario de consulta.

Así, el porcentaje total de ausentismo laboral por todas las especialidades alcanzó cifras inferiores a la media nacional del 2017 reportada por el Módulo de Planeación de Recursos Humanos (5,9 %) (Anexo 1), para los 30 hospitales nacionales del Minsal y superior al 2,9 % de ausentismo laboral del HNSR para ese mismo año considerando todo el personal médico. Estos hallazgos se comportan de forma variable a lo reportado por otras investigaciones que presentan resultados que van desde entre 2,1 % (26) a 34,7 % (56) alcanzando cifras superiores (42,2 %) en médicos de países africanos (57). Este indicador se relaciona de forma inversa con el porcentaje de las horas laboradas con relación a las contratadas de forma general y en cada una de las especialidades en particular. La medicina pediátrica alcanzó el mayor porcentaje de horas laboradas y menor porcentaje de ausentismo. Esto también pudiera estar relacionado con una mayor dedicación profesional de estos especialistas y su vínculo con los niños y niñas y sus padres (58), lo cual requerirá ulteriores investigaciones.

El comportamiento del porcentaje de ausentismo por mes para cada una de las especialidades mostró cifras superiores en el mes de junio en medicina interna y durante el mes de octubre en medicina pediátrica, superando al promedio anual reportado en el presente estudio, al promedio anual del HNSR y al nacional para los 30 hospitales del país (Anexo 1). No se encontraron reportes de porcentaje de ausentismo por meses y especialidades de otros autores.

Sin embargo, todos los datos anteriormente mencionados son superiores al 2,5 % esperado según la OIT (24), lo cual se corresponde con otros estudios

(18,27,57), lo cual sugiere la necesidad de continuar estudiando otras aristas relacionadas al ausentismo laboral, como el estrés y desgaste del personal de salud vinculado al *burnout syndrome* (59,60), satisfacción del usuario interno y estilos de liderazgo (61), así como el análisis detallado de las ausencias por causas médicas como una aproximación al perfil epidemiológico del personal de salud según lo recomendado por la Asociación Internacional de Salud Ocupacional (62)

Debido a la necesidad de conocer, si las ausencias del personal afectaron el tiempo destinado para la consulta externa, se procedió a cuantificar esta cuestión, identificándose que un 48,8 % de las ausencias afectaron la consulta externa, siendo importante recordar que para este cálculo sí se consideraron las licencias por misión oficial, pues como se mencionó anteriormente, se considera que independientemente de la causa de la ausencia a la consulta externa por parte de los especialistas, ésta determina en gran parte la afectación de la atención a los usuarios. Llama la atención que la especialidad de medicina interna obtuvo el mayor porcentaje de afectación del horario de la consulta externa y sin embargo, reporta el mayor porcentaje de cumplimiento de la consulta programada para la cual, como se discute más adelante, una parte de este cumplimiento es a expensas de la consulta derivada a otro recurso diferente al programado (otro especialista o residente).

En cuanto a la programación de la consulta externa, esta alcanzó un cumplimiento algo superior al 50 %, correspondiendo el mayor porcentaje de cumplimiento a medicina interna.

De acuerdo a los resultados del estudio, la mayoría de las consultas fueron realizadas por el especialista correspondiente según lo programado, sin embargo al analizar la consulta no realizada por el recurso a la que se le fue asignada, según información de la jefatura de la consulta externa y el SIMMOW, éstas son redistribuidas a otros especialistas o médicos residentes (de cualquier año de

formación), de manera que, si el paciente asiste a la cita puede ser atendido por otro recurso médico, sin embargo, no se cuenta con registros consolidados de esta derivación, siendo la única manera de verificarlo, la búsqueda individual de cada paciente por su número de expediente y revisar que recurso brindó la atención, lo cual no facilita el análisis periódico por parte de los tomadores de decisión para el establecimiento de acciones de mejora.

Al respecto, Porret (2012) menciona que la simple e imprevista sustitución de un empleado por otro, no resuelve las consecuencias negativas que el ausentismo ocasiona, debido a cuestiones como la escasa práctica del sustituto, la menor experiencia sobre el puesto de trabajo y menores conocimientos con relación a los empleados ausentes. A esto cabe añadir las quejas, protestas, agravios comparativos, accidentes laborales, disminución de productividad y calidad, que el ausentismo genera en el grupo o equipo de trabajo (28), esta situación puede ser más grave cuando se trata de los servicios de salud.

Además, es necesario considerar que, debido a las especialidades incluidas en el estudio, una importante cantidad de los pacientes citados posee enfermedades no transmisibles; siendo las principales causas de consulta externa en el año 2017: 1) Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes, seguido de 2) Diabetes Mellitus e 3) Hipertensión Arterial (Tabla 1).

En cuanto, a la consulta reprogramada, no se cuentan con registros consolidados, sin embargo, al revisar los registros de las atenciones realizadas, se observó que, en el año, 452 de los pacientes programados para consulta que no fueron atendidos en la fecha prevista, recibieron atención en una fecha ulterior a la programada, aunque en el mismo mes. Posiblemente estas fueron atenciones reprogramadas o vistas por extra cupo por otros especialistas.

Es importante mencionar que los tiempos de espera entre la solicitud y asignación de citas para ginecología de primera vez (sin causas obstétricas) es de hasta 107

días y de 64 días para cirugía general (63), siendo las especialidades con mayor tiempo de espera. Por esta razón, la reprogramación de la consulta para estas especialidades significaría un tiempo importante de espera de no lograrse otros mecanismos, ya sea por extra cupo o cita abierta, la cual le permitiría al usuario pasar consulta según disponibilidad del médico, a pesar de no haber sido atendido en la fecha establecida. (Ver anexo 3).

Es importante destacar que, según el cumplimiento de la consulta programada, 16 299 consultas no fueron realizadas, lo cual puede entenderse como el mismo número de pacientes que no fueron atendidos en la fecha estipulada. En dependencia de la patología o el motivo de consulta de los usuarios, la no atención puede significar importantes daños a la salud por no recibir atención o un seguimiento médico oportuno (64) y necesario.

Cabe mencionar que, aunque no forma parte de los objetivos de la presente investigación, se observó que una de las causas de no realización de la consulta programada es la ausencia de los pacientes a las mismas. Aunque esta información está registrada solamente en el segundo semestre del año, brinda elementos importantes sobre la necesidad de conocer las causas de inasistencias de pacientes pudiera ser un aspecto necesario a considerar en futuras investigaciones, tal como se plantea en el estudio sobre ausentismo de pacientes a la consulta externa especializada en un hospital de España por C. Pereira (2015), en el que menciona que la atención en las consultas externas especializadas es de gran importancia para la gestión, por ser un área con gran potencial resolutivo y de alto coste económico. Además, el ausentismo conlleva gran cantidad de recursos inadecuadamente utilizados, con alto coste de oportunidad en el empleo de horas muertas en los trabajadores y consultorios, lo que repercute negativamente en la calidad asistencial, se refleja en el incremento de listas de espera, la disminución en la accesibilidad a los servicios sanitarios y aumento de la morbilidad, ocasionando además un incremento de los costes directos e indirectos y del grado de insatisfacción de los pacientes (65)

VII. CONCLUSIONES

Los resultados evidencian que la mayoría de los especialistas incluidos en el estudio son masculinos, de edades avanzadas, estado civil casado, que residen cerca del lugar de trabajo y poseen larga experiencia profesional, siendo su condición laboral permanente en modalidad por Ley de salarios.

Las principales causas de ausentismo laboral fueron las licencias no formales por misión oficial y motivos personales, con duración menor a un día laboral. Como día de la semana fueron el jueves y viernes. Medicina Interna presentó el mayor porcentaje de ausentismo especialmente en el mes de junio.

El cumplimiento de la programación de consulta externa no alcanzó niveles óptimos, especialmente en ginecobstetricia y medicina pediátrica, aunque la mayoría de las atenciones fueron brindadas por el especialista según lo programado, al contrario del resto de las especialidades incluidas en el estudio.

VIII. RECOMENDACIONES

Se sugiere al Ministerio de Trabajo y Previsión Social:

- Establecer o hacer públicos y de fácil acceso los indicadores oficiales a nivel nacional para la medición del ausentismo laboral.
- Poner a disposición de la consulta pública y/o elaborar investigaciones relacionadas con el ausentismo laboral a nivel del país, estableciendo sus causas y recomendaciones.

Se recomienda al Ministerio de Salud:

- Cuantificar de forma más efectiva las cuestiones relacionadas el ausentismo laboral en trabajadores de la salud a todos los niveles, que permitan realizar acciones de mejora.
- Implementar acciones que permitan un mejor control de las ausencias a la consulta externa e incrementar la supervisión de los especialistas, que estando en el hospital sin otras actividades delegadas pueden contribuir al cumplimiento de las citas programadas.
- Promover investigaciones que profundicen en las causas y repercusiones sobre la salud y satisfacción de los usuarios de las ausencias de especialistas a las consultas médicas, así como hacia el usuario interno.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ledesma CRD, Crespo HG, Castro AMA. Ausentismo y desempeño laboral en profesionales de enfermería de áreas críticas. Rev Cuid. 2018;9(1):73-87.
2. Global strategy on human resources for health: workforce 2030 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf;jsessionid=B3085F7DE96807F0F55CC3AED2FE07E8?sequence=1>
3. Kisakye AN, Tweheyo R, Ssengooba F, Pariyo GW, Rutebemberwa E, Kiwanuka SN. Regulatory mechanisms for absenteeism in the health sector: a systematic review of strategies and their implementation. J Healthc Leadersh. 2016;8:81-94.
4. Estrategia de Cooperación de País OPS/OMS 2017-2020 [Internet]. San Salvador: Organizacion Panamericana de la Salud; 2017 [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258608/ccs-slv-2017-2020.es.pdf;jsessionid=D8B346F6B399EB4A080A9C70E4F5E1E1?sequence=1>
5. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Decreto 442 2007. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/Ley_sistema_nacional_salud.pdf
6. Política Nacional de Salud 2015-2019 [Internet]. Ministerio de Salud; 2016 [citado 20 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/download/politica-nacional-de-salud-2015-2019/#>
7. Lineamientos técnicos para ECOS Familiares y Especializados [Internet]. Ministerio de Salud; 2017 [citado 20 de enero de 2019]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_para_los_Ecos_Familiares_y_Ecos_Especializados.pdf
8. Lineamientos Técnicos para Categorización y Prestación de Servicios Hospitalarios [Internet]. 2012. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_categorizacion.pdf

9. Salvador S. Manual de Organización y Funciones de las RIISS [Internet]. Ministerio de Salud; 2013 [citado 10 de octubre de 2018]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/Manual_de_organizacion_y_Funciones_de_las_RIISS.pdf
10. Ley del Sistema Básico de Salud Integral [Internet]. Sec. Diario Oficial No. 161, Decreto No. 775 2005. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_del_sistema_basico_de_salud_integral.pdf
11. Historia del Hospital Nacional San Rafael [Internet]. Hospital Nacional San Rafael; 2017 [citado 11 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.hsanrafael.salud.gob.sv/historia/>
12. Crónicas de Desastres: Terremotos en El Salvador, 2001 [Internet]. El Salvador: Organización Panamericana de la Salud; 2002. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/terremotos_en_el_salvador.pdf
13. Gran M, Torres R, Díaz G, Alonso I, Labrada L. Indicadores básicos para el análisis del estado de salud de la población: Fichas técnicas, definiciones, interpretación, cálculo y aplicaciones. Ministerio de Salud Pública. La Habana; 2010.
14. Memoria de Labores [Internet]. Santa Tecla: Hospital Nacional San Rafael; 2016. Disponible en: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/h-san-rafael/documents/218576/download>
15. Ley de presupuesto para el ejercicio fiscal 2017. República de El Salvador [Internet]. 590 ene 18, 2017. Disponible en: https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/171117_073725385_archivo_documento_legislativo.pdf
16. Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional «San Rafael», La Libertad [Internet]. Hospital Nacional San Rafael; 2013. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_organizacion_y_funciones_hospital_nacional_san_rafael_la_libertad.pdf
17. Lincoln C, David E, Tim E, Ritu S, Barbara S, Phyllida T, et al. Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud. Ginebra: Organización

Mundial de la Salud; 2006.

18. Rogers H, Koziol M. Provider Absence Surveys in Education and Health A guidance note [Internet]. 2011 [citado 10 de febrero de 2019]. Disponible en: https://olc.worldbank.org/sites/default/files/Provider_Absence_Surveys_in_Education_and_Health_0.pdf

19. Polikandrioti M. Burnout syndrome. Health Sci J. 2009;3(4):2.

20. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. abril de 1981;2(2):99-113.

21. Stavroula Leka, Aditya Jain. Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [citado 9 de febrero de 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44428/9789241500272_eng.pdf;jsessionid=C4AB458E19813931BC02AA907F78F3A6?sequence=1

22. Sauter SL, Murphy LR. Factores psicosociales y de organización. 1998; Disponible en:

<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/34.pdf>

23. Murcia W. Las pandillas en El Salvador. Propuestas y desafíos para la inclusión social juvenil en contextos de violencia urbana [Internet]. San Salvador: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2015. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39362/S1501050_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

24. Enciclopedia de la OIT | Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [Internet]. 2015 [citado 23 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=a981ceffc39a5110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&vgnnextchannel=9f164a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>

25. Sánchez C. Ausentismo laboral: una visión desde la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo. Rev Salud Bosque. 5 de septiembre de 2015;5:43-54.

26. Hamoui Y, Sirit Y, Bellorin M. Absentismo laboral del personal administrativo de una universidad pública venezolana, 2000-2002. Salud Los Trab.

2005;13(2):107-18.

27. Villaplana García MD, Consejo Económico y Social del Principado de Asturias. Absentismo e incapacidad laboral: promover organizaciones saludables como garantía de excelencia y efectividad organizativa [Internet]. Oviedo: Consejo Económico y Social del Principado de Asturias; 2015. Disponible en: <https://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/5385>

28. Porret Gelabert M. El absentismo laboral en la empresa privada española. Rev Tec Labor. 2012;5-81.

29. Chiavenato I. Administración de Recursos Humanos. 5ta ed. Bogotá: Mc Graw Hill; 2001.

30. Macías Medina A, Vitier Sánchez A. La gestión de las competencias influye en la efectividad organizacional? Apuntes para la reflexión desde la práctica en empresas cubanas. 11. 2017;2:59-85.

31. Bonilla Serrano DC, Carrasco Espitia LM, Flórez Cuestas AM, Martínez Barbosa LP, Pardo Fagua CM, Jiménez Barbosa WG. Ausentismo laboral en el centro de atención médica inmediata Vista Hermosa I nivel, empresa social del Estado. cien tecnol salud vis ocul. 2015; 12(1):21-32.

32. Política Nacional de Recursos Humanos en Salud [Internet]. 2014. Disponible en:

http://rrhh.salud.gob.sv/files/webfiles/politicas/politica_nacional_desarrollo_rrhh_v2.pdf

33. Informe de Labores 2016 - 2017. La Salud es un Derecho, estamos para garantizarlo. [Internet]. San Salvador: Ministerio de Salud; 2017. Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/memorias-de-labores/#>

34. Chiavenato I. Gestión del talento humano. 3ra ed. Mexico DF: Mc Graw Hill; 2009.

35. Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud [Internet]. Ministerio de Salud; 2011. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/Reglamento_Interno_de_la_Unidad_y_Depto_de_Recursos_Humanos_MINSAL_con_sus_reformas_AE_634.pdf

36. Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud [Internet]. 2017.

Disponible en:
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/reglamento/reglamento_general_de_hospitales_v1.pdf

37. Implementación de Expediente Clínico Electrónico. Ministerio de Salud; 2016.

38. Manual de procedimientos para el calculo y planificación de necesidades de médicos y enfermeras en hospitales nacionales [Internet]. Ministerio de Salud; 2015 [citado 13 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/els/dmdocuments/Manual%20calculo%20RRHH%2023%20marzo%202015.pdf?ua=1>

39. Report of the Conference 18th International Conference of Labour Statisticians Geneva, 24 November–5 December 2008 [Internet]. Primera. Geneva: International Labour Organization; 2009 [citado 10 de marzo de 2019].

Disponible en:
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@stat/documents/meeting_document/wcms_101467.pdf

40. AFP Confía - Por el mañana que tú quieres [Internet]. 2019 [citado 10 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.confia.com.sv/confiaAppWEB/PENSIONADOS/3243/pension-por-retiro>

41. Argueta N, Bolaños Cámbara F, Rivera ME. Una nueva mirada a los desafíos de cobertura del sistema de pensiones en El Salvador: La densidad individual de cotizaciones. [Internet]. 1era. San Salvador: UCA; 2015 [citado 10 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.fundaungo.org.sv/products/una-nueva-mirada-a-los-desafios-de-cobertura-del-sistema-de-pensiones-en-el-salvador-la-densidad-individual-de-las-cotizacionescategoria-pensiones/94>

42. Distancias de los departamentos de El Salvador [Internet]. El Salvador mi país. 2017 [citado 14 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.elsalvadormipais.com/distancias-de-los-departamentos-de-el-salvador>

43. Viceministerio de Transporte [Internet]. 2016 [citado 14 de marzo de 2019]. Disponible en:

http://www.vmt.gob.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=2039%vmt-informa-sobre-plan-general-de-ordenamiento-en-el-area-metropolitana-de-san-salvador&catid=1%noticias-ciudadano&Itemid=77

44. Chatterjee K, Clark B, Davis A, Toher D, Martin A. Commuting and wellbeing [Internet]. University of New England. United Kingdom; 2016. Disponible en: <https://www2.uwe.ac.uk/faculties/FET/Research/cts/projects/briefings/BS-CaW.pdf>

45. Plan estratégico nacional para el abordaje integral de la salud materna y de la niñez 2015-2019. Ministerio de Salud; 2015.

46. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna perinatal y neonatal 2011-2014 [Internet]. Ministerio de Salud; 2011. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/Plan_estrat_nac_para_la_reduc_d_e_la_mort_mat_perina_y_neonatal_2011_2014.pdf

47. Informe de Labores 2017 - 2018. Salud Universal, Compromiso de País [Internet]. San Salvador: Ministerio de Salud; 2018. Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/download/informe-de-labores-2017-2018/#>

48. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas [Internet]. Washington D.C.; 2010 [citado 14 de marzo de 2019]. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas). Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307

49. Diagnóstico de capacidad instalada de la RSC para el proceso de descentralización de pacientes con Epilepsia. Santa Tecla; 2017.

50. Gomero Cuadra R, Llap Yesan C. Absentismo laboral de origen médico en el Hospital Toquepala en el 2001. Rev Medica Hered. 4 de enero de 2013;15(2):96.

51. Mohseni Saravi B, Kabirzadeh A, Rezazadeh E, Khariki MF, Asgari Z, Bagherian Farahabadi E, et al. Prevalence and causes of medical absenteeism among staff (case study at mazandaran university of medical sciences: 2009-2010). Mater Socio-Medica. diciembre de 2013;25(4):233-7.

52. Pérez Zaldívar MI. Comportamiento del ausentismo como factor primordial de la disciplina laboral. [Internet]. 2013 [citado 21 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos99/comportamiento-del-ausentismo-como-factor-primordial-disciplina-laboral/comportamiento-del-ausentismo-como-factor-primordial-disciplina-laboral.shtml>
53. Ley de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna [Internet]. 404 jun 26, 2013. Disponible en: https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/171117_073351570_archivo_documento_legislativo.pdf
54. Trespacios V, María E. Absentismo laboral por causa médica en trabajadores del área operativa de una compañía de extracción de minerales en Colombia, 2011. *Med Segur Trab.* marzo de 2013;59(230):93-101.
55. Danatro D. Ausentismo laboral de causa médica en una institución. *Rev Med Uruguay.* 1997;13:101-9.
56. Mesa M FR, Kaempffer R AM. 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas. *Rev Médica Chile.* septiembre de 2004;132(9):1100-8.
57. Chaudhury N, Hammer J. Ghost Doctors: Absenteeism in Bangladesh Health Facilities [Internet]. The World Bank; 2003 [citado 14 de marzo de 2019]. (Policy Research Working Papers). Disponible en: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/1813-9450-3065>
58. El pediatra y el duelo [Internet]. pediabrasociados.com.sv. 2018 [citado 22 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://pediabrasociados.com.sv/pediatra-y-duelo/>
59. Castillo Avila IY, Orozco J, Alvis LR. Síndrome de Burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. *Rev Univ Ind Santander Salud.* mayo de 2015;47(2):187-92.
60. López León E. Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2006;7.
61. Elshout R, Scherp E, van der Feltz-Cornelis CM. Understanding the link

between leadership style, employee satisfaction, and absenteeism: a mixed methods design study in a mental health care institution. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:823-37.

62. Permanent Commission and International Association on Occupational Health. Sub-committee on absenteeism: draft recommendations. *Br J Ind Med.* octubre de 1973;30(4):402-3.

63. Indicadores de Redes Integrales e Integradas de Salud. Región de Salud Central. Enero a diciembre 2017. Santa Tecla: Región de Salud Central; 2018 feb.

64. Universidad Cooperativa de Colombia, Sánchez Serrano B, González Ruiz G, Universidad Cooperativa de Colombia. Ausentismo y complicaciones de salud en usuarios de programas de hipertensión arterial de Santa Marta (Colombia). *Salud Uninorte.* 15 de abril de 2017;33(2):178-86.

65. Pereira Victorio CJ, Vasquez Molinero A, García Lizán M, Gómez Guardiola JL, López Valcárcel B. Absentismo de pacientes a la consulta externa especializada en un hospital de tercer nivel en España - ScienceDirect. *Med Gen y Fam.* 2016;5:83-90.

X. ANEXOS

Anexo 1. Ausentismo laboral de personal médico de los hospitales nacionales, Minsal.

2014-2017.

N°	NOMBRE DEL HOSPITAL	DEPARTAMENTO	2014	2015	2016	2017
1	Hospital Nacional General "Dr. Francisco Menéndez" Ahuachapán	Ahuachapán	6,9	11,6	9,8	8,8
2	Hospital Nacional Regional "San Juan De Dios", Santa Ana	Santa Ana	3,7	4,5	6,7	8,2
3	Hospital Nacional Arturo Morales De Metapán	Santa Ana	2,6	1,4	1,4	1,4
4	Hospital Nacional General De Chalchuapa	Santa Ana	1,0	0,2	0,05	7,7
5	Hospital Nacional General "Dr. Jorge Mazzini Villacorta", Sonsonate	Sonsonate	S/D	37,9	6,4	6,2
6	Hospital Nacional General "Dr. Luis Edmundo Vázquez", Chalatenango	Chalatenango	5,4	7,6	9,0	8,3
7	Hospital Nacional General De Nueva Concepción, Chalatenango	Chalatenango	3,8	8,0	5,7	7,7
8	Hospital Nacional "San Rafael", Santa Tecla	La Libertad	1,7	3,0	2,8	2,9
9	Hospital Nacional Especializado "Rosales"	San Salvador	10,2	19,0	4,4	7,1
10	Hospital Nacional Especializado De Niños "Benjamín Bloom"	San Salvador	14,0	S/D	6,0	2,2
11	Hospital Nacional De La Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"	San Salvador	5,3	4,6	4,5	7,2
12	Hospital Nacional General De Neumología Y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña"	San Salvador	4,9	3,6	6,9	7,1
13	Hospital Nacional General Y De Psiquiatría "Dr. José Molina Martínez", Soyapango	San Salvador	3,0	2,0	4,0	2,0
14	Hospital Nacional General "Enf. Angélica Vidal De Najarro", San Bartolo	San Salvador	5,1	6,0	6,5	6,5
15	Hospital Nacional General "Dr. Juan José Fernández", Zacamil	San Salvador	14,3	9,0	8,5	8,2

16	Hospital Nacional General "Nuestra Señora De Fátima", Cojutepeque	Cuscatlán	4,4	34,0	7,9	6,3
17	Hospital Nacional General De Suchitoto	Cuscatlán	S/D	S/D	30,0	4,7
18	Hospital Nacional General "Santa Teresa", Zacatecoluca	La Paz	7,6	6,8	3,2	5,9
19	Hospital Nacional General "San Jerónimo Emiliani" Sensuntepeque	Cabañas	3,1	4,1	5,7	6,1
20	Hospital Nacional Dr. José Luis Saca", Ilobasco	Cabañas	11,5	8,5	11,2	12,0
21	Hospital Nacional General "Santa Gertrudis", San Vicente	San Vicente	6,2	4,4	6,7	8,3
22	Hospital Nacional General "San Pedro", Usulután	Usulután	0,04	0,09	0,10	0,09
23	Hospital Nacional General "Dr. Jorge Arturo Mena", Santiago De María	Usulután	S/D	2,0	10,0	4,0
24	Hospital Nacional General De Jiquilisco	Usulután	2,0	2,0	2,0	2,0
25	Hospital Nacional Regional "San Juan De Dios", San Miguel	San Miguel	12,4	12,4	12,4	12,1
26	Hospital Nacional General "Monseñor Oscar A. Romero Y Galdámez", Ciudad Barrios	San Miguel	15,0	15,0	9,0	11,2
27	Hospital Nacional General De Nueva Guadalupe	San Miguel	2,43	3,0	4,9	3,0
28	Hospital Nacional General "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores", San Francisco Gotera	Morazán	1,0	8,4	4,5	3,0
29	Hospital Nacional General De La Unión	La Unión	11,0	12,0	0,06	3,5
30	Hospital Nacional General De Santa Rosa De Lima	La Unión	5,0	5,0	5,0	3,45
Promedio Nacional			6,1	7,3	6,5	5,9

Fuente: Reporte del Módulo de Planeación de Recursos Humanos

Anexo 2. Cumplimiento de la programación según la Programación Anual Operativa de la consulta externa de las especialidades básicas, consulta externa, HNSR. Enero-diciembre 2017.

ESPECIALIDAD MÉDICA	PROGRAMADO	REALIZADO	TOTAL
Gineco-obstetricia	11 000	10 902	99 %
Pediatría General	5 200	4 312	83 %
Medicina Interna	24 000	21 352	89 %
Cirugía General	16 000	14 146	88 %

Fuente: PAO 2017, HNSR. Portal de Transparencia. Secretaría de Participación, Transparencia y Anticorrupción.

Anexo 3. Tiempos de espera entre la solicitud y asignación de cita para la consulta externa de primera vez de la consulta de Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía del HNSR, enero a diciembre 2016 y 2017.

	Indicador	Umbral	HNSR	
			2016	2017
1	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez	1-30 días	18	6
2	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Ginecología de primera vez	1-30 días	63	107
3	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Obstetricia de primera vez	1-5 días	35	0
4	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Medicina Interna de primera vez	1-30 días	88	8
5	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Cirugía de primera vez	1-30 días	49	64

En dicho reporte se informa que dichos tiempos de espera varían en su comportamiento de acuerdo a la cantidad de recursos humanos, incrementándose considerablemente ante las renunciaciones de los especialistas, como fue el caso de la especialidad de medicina interna en el 2016.

Fuente: Informe Anual 2017 de Indicadores de la Red Regional de Salud Central. Región de Salud Central.

Anexo 4. Estándares de tiempos de actividades y procedimientos médicos en hospitales del Minsal. El Salvador. 2019.

TIPO DE ATENCIÓN	ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO	TIEMPO (MINUTOS)
Consulta externa médica	Consulta Primera Vez	20
	Consulta subsecuente	15
Consulta externa médica: Gineco-obstetricia	Consulta Primera Vez	30
	Consulta subsecuente	15

Fuente: Manual de procedimientos para el cálculo y planificación de necesidades de médicos y enfermeras en hospitales nacionales. Dirección de Desarrollo de RRHH, Minsal.

