

# SISTEMATIZACIÓN DE EVIDENCIA CIENTÍFICA DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Serie de estudios  
nacionales N° 5



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**  
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

# SISTEMATIZACION DE EVIDENCIA CIENTIFICA DEL PROCESO DE IMPLEMENTACION DE POLITICAS EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD







Investigación de Recursos Humanos en Salud  
La Paz – Bolivia  
2014

**SISTEMATIZACIÓN DE EVIDENCIA  
CIENTÍFICA DEL PROCESO DE  
IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS EN  
RECURSOS HUMANOS EN SALUD**

**Dr. Franz Calani Lazcano**

Ministerio de Salud - Bolivia  
ORAS-CONHU

	<b>FICHA BIBLIOGRÁFICA</b>
	Bolivia. Ministerio de Salud, Unidad de Recursos Humanos. La Paz 2014.
	Mayor información en <a href="http://www.minsalud.gob.bo">http://www.minsalud.gob.bo</a> , Unidad de Recursos Humanos, Tel.: (591-2) 2486654, Plaza del Estudiante S/N

### **“SISTEMATIZACIÓN DE EVIDENCIA CIENTÍFICA DEL PROCESO DE IMPLEMENTACION DE POLÍTICAS EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD “**

Investigador:

Dr. Franz Calani Lazcano

Contraparte Técnica:

Gloria Villarroel Coronado

Gabriela Lima Bolívar

Rómulo Huanuco Cacharani

La Paz, Unidad de Recursos Humanos – Ministerio de Salud – 2014.

Esta publicación ha sido financiada por ORAS-CONHU, en el marco de la ejecución del proyecto PLAN SANITARIO DE INTEGRACIÓN ANDINA – Plan SIA del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, el mismo que cuenta con financiamiento del Fondo General de Cooperación Italiana (FGCI) y el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) y es administrado por el Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropriada en Salud (CESTAS).

Esta publicación se enmarca dentro de la cooperación técnica conjunta entre la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS y el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.

**MINISTERIO DE SALUD**

**AUTORIDADES NACIONALES**

Dra. Ariana Campero Nava  
**MINISTRA DE SALUD**

Dra. Carla Andrea Parada Barba  
**VICEMINISTRA DE SALUD Y PROMOCIÓN**

Sr. Alberto Camaqui Mendoza  
**VICEMINISTRO DE MEDICINA TRADICIONAL  
E INTERCULTURALIDAD**

Lic. John Pardo Salas  
**DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS ADMINISTRATIVOS**

Lic. Ariel Molina Pimentel  
**JEFE DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS**

## PRESENTACIÓN

La necesidad de definir políticas de recursos humanos en salud busca responder a las exigencias de las transformaciones que se viene dando en el país en general y en el sector de Salud en particular, cambios que requieren contar con profesionales, técnicos y administrativos con una apertura mental que les permita dejarse interpelar por los hechos y acontecimientos emergentes de los mismos.

lo que implica creatividad para dar respuesta con pertinencia y con una perspectiva integral/holística, guiados por los principios que sustentan las políticas del Ministerio de Salud y Deportes y del Gobierno Nacional plasmado en el Plan Nacional de Desarrollo Económico –Social. Bolivia: Digna, Soberana, Productiva y Democrática para “Vivir Bien”.

Con el fin de contar con un diagnóstico de la distribución y movilidad de los RRHH de salud se presentan los resultados de esta consultoría que pretende establecer los fundamentos para una futura norma que regule estos dos procesos tan importantes en su gestión.

## CONTENIDO

<b>1. ANTECEDENTES</b> .....	10
1.1. Importancia de los RHUS .....	10
1.2. Equidad y distribución de RHUS .....	11
<b>2. PROBLEMA</b> .....	13
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	15
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	15
<b>4. DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	16
4.1. Tipo de estudio .....	16
4.2. Universo y muestra .....	16
4.3. Métodos e instrumentos de recolección de datos .....	16
<b>5. RESULTADOS Y DISCUSIONES</b> .....	17
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	49
<b>7. RECOMENDACIONES</b> .....	50
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	51
<b>ANEXOS</b> .....	53

***La salud... un derecho para vivir bien***

## 1. ANTECEDENTES

### 1.1. Importancia de los RHUS

Las personas son las que conducen los establecimientos de salud, toda la suficiencia que pudiera haber en cuanto a los otros recursos que componen estos centros sanitarios, como la infraestructura, el equipamiento u otros, no tienen la misma importancia comparado a la de los RHUS.

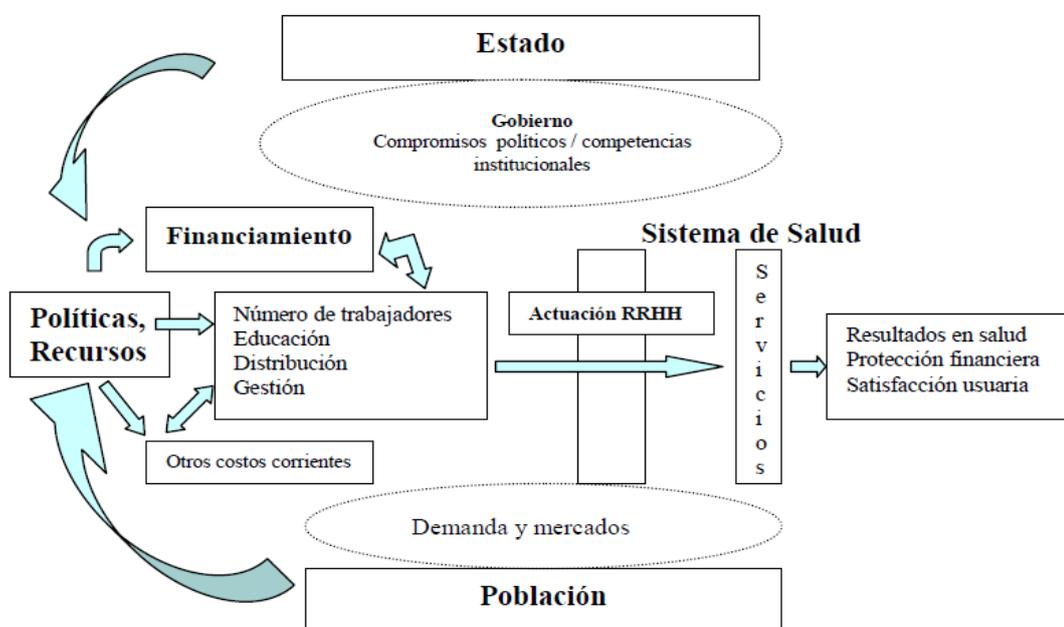
El trabajo que realiza el ser humano es determinante en el proceso productivo, las economías de escala y la especialización son factores que permiten aumentar la productividad laboral, y para ello incorporan la variable de capital humano como el factor que explica las diferencias en el grado de desarrollo de los países. (MPS, 2007). Estos preceptos al ser adaptados para el sector de la salud permiten establecer que los recursos humanos son el elemento esencial de los servicios de salud para que estos tengan la calidad que se espera y un factor decisivo en los diferentes procesos así como en el crecimiento de un país. (Brito, 2000)

La dirección de los recursos humanos en salud durante mucho tiempo se manejó dentro del contexto de la planificación de mercado, estos principios han ido evolucionando y actualmente se plantea el tener un marco regulatorio que sin duda es complejo pero necesario, de ahí que los distintos agentes que participan en la provisión de servicios de salud persiguen sus propios objetivos e intereses, que con frecuencia entran en conflicto. De ahí que las reglas del juego (regulaciones) son en el caso concreto del sistema sanitario las normas nacionales que el Ministerio de Salud como ente rector elabora e implementa.

Dessault y Dubois a través del esquema que se muestra en la gráfica No. 1, indican la “Relación entre los recursos humanos y la entrega de servicios en salud”, se nota que las políticas de recursos humanos están íntimamente relacionadas entre ellas y sobre todo con los aspectos financieros, el desempeño y finalmente la calidad de los servicios de salud que se refieren a la satisfacción del usuario:

Grafica Nro. 1

**Relación entre los recursos humanos y la entrega de servicios en salud**



Fuente: Esquema presentado en Dussault y Dubois (2004).

De esta forma, estos autores señalan que la calidad del servicio, su eficacia, efectividad, accesibilidad y viabilidad dependen directamente del desempeño de quien lo entrega. A su vez, este desempeño está determinado por las políticas y prácticas que definen por ejemplo, el número de empleados, su cualificación, su distribución (en términos territoriales, de nivel de atención, sector en el cual se desempeñan) y sus condiciones laborales. Al mismo tiempo, dichas prácticas deben considerar los compromisos políticos, las necesidades de financiamiento y sobre todo, los requisitos de la población. (Castillo, 2010).

### 1.2. Equidad y distribución de RHUS

Primero se debe comprender que se entiende por equidad, según Culyer es *el punto central que ha servido como pauta en la elaboración de propuestas de justicia social en el pensamiento contemporáneo que está relacionado con la necesidad de definir qué igualdad se busca, qué desigualdades son aceptables y cuáles serían, inclusive, deseables*. (Culyer, 1988)

Ahora que es la equidad en salud? Existen varias definiciones de equidad en salud, algunos establecen que es la igual distribución del gasto per cápita; otros hacen referencia a la

recepción de recursos para la satisfacción de ciertas necesidades y finalmente algunos vinculan este término con los recursos per cápita relacionados con el cumplimiento de metas de acceso y cobertura. (Low, 2003)

Uno de los objetivos de la OPS es lograr que los países disminuyan al mínimo posible las diferencias evitables e injustas en las condiciones de que afectan a la salud de las personas. (Morera 2009), este es un aspecto que los gobiernos de nuestros países toman en cuenta al elaborar sus políticas de salud. Es así que actualmente varios países de la región se centran en la distribución equitativa en las políticas de RHUS. (Raña, 2007), ya que la suficiencia en su cantidad y calidad es un aspecto clave del tema.

Al parecer la intención de lograr la equidad importa poco a la hora de la distribución de personal de salud en nuestro país, sobre todo si consideramos a esta como el dar más al que menos tiene, implica una concentración mayor de personal de salud en los lugares más desprotegidos, depauperados y por lo tanto con mayor riesgo de enfermar y morir (Rojas, 2004). Ya que se dota de RHUS más al área urbana que a la rural.

Desafortunadamente, la mala distribución de personal de salud es un fenómeno a nivel mundial y aparece en varias dimensiones: 1. La distribución geográfica con graves diferencias entre países y al interior de los mismos, 2. Una mala distribución de acuerdo a destrezas, roles o competencias (ejemplo, muchos países tienen más médicos que enfermeras), 3. La subespecialización, 4. Una mala distribución institucional y 5. La mala distribución desde la perspectiva de género. (Bloor, 2003), las que no son extrañas en Bolivia.

Se reconocen 5 categorías (Merino, 2004) de determinantes que afectan la distribución geográfica de los RHUS que son:

1. Factores individuales que incluyen aspectos sociales, étnicos, de edad, género, educación, valores, creencias, etc.
2. Factores organizacionales como estilo administrativo, incentivos y estructuras de carrera (carrera sanitaria), escalas salariales, reclutamiento, prácticas de acceso y retención.
3. Sistema educativo, generalmente basado en lo urbano, en la curación y en el hospital lo que no refleja las necesidades de un país y está desconectado de los objetivos de las reformas del sector salud. Por otro lado, los profesionales que están laborando en

áreas apartadas no tienen oportunidades de educación continua y desarrollo profesional.

4. Sistema de atención de salud, que tiene que considerar las características del personal de salud en cuanto a número, composición por edad, sexo, ocupación y su evolución dinámica.
5. Organización institucional que incluye la estructura y los roles de instituciones nacionales que reciben influencias externas e internas o nacionales. Una de ellas es la descentralización, que a pesar de los obstáculos en el Ecuador sigue abriéndose camino.

Estos factores deben ser tomados en cuenta al elaborar las políticas de distribución de los RHUS, al ser este un proceso vital dentro de su dotación el comprender su manejo en los SEDES permitirá plantear los principios de una normativa técnica que la regule.

Se debe considerar además que a la hora de distribuir el personal de salud, uno de los problemas con el que se encuentran las autoridades correspondientes, es que estos identifican problemas para trabajar en lugares apartados y no quieren ir, o lo hacen, pero solo esperando la menor oportunidad para ser reubicado. Pues las deficitarias condiciones de las viviendas, la pobre calidad de la educación para los hijos, la traba para el avance profesional o las pocas oportunidades de capacitación, las dificultades de comunicación, de transporte e incluso la falta de dotación de las unidades de salud de equipo y medicamentos que permitan una atención de calidad, etc., a lo que se suma una pobre remuneración que hace que en algunos sitios los profesionales de la salud sean insuficientes o estén casi ausentes. (Wibulprasert, 1999)

Se realizó esta consultoría para contar con un diagnóstico de la situación actual de los procesos de distribución y movilidad de recursos humanos en el subsector público con fuente de financiamiento TGN HIPIC.

## **2. PROBLEMA**

La dotación de recursos humanos en salud es uno de los elementos fundamentales de la planificación en su gestión, en Bolivia históricamente esta ha obedecido a la coyuntura económica y política, sin que no exista ninguna orientación técnica que pudiera estimar las necesidades y su satisfacción.

La Situación de Salud y la producción de servicios deberían ser el referente natural y lógico para la dotación de recursos humanos en salud en cuanto a la cantidad de los mismos, pero si tomamos en cuenta la calidad, debemos identificar que las universidades surgen debido a las necesidades sociales referentes al área de la profesión, en el caso de la carrera de medicina son las formas de enfermar, las de morir, que influenciadas por las determinantes sociales en los individuos y las poblaciones son las que deberían guiar la Educación Médica, tomando en cuenta que estas son diferentes en cada región, cultura y tiempo histórico.

En este marco la Gestión de Recursos Humanos en Salud ha cobrado especial interés en la actual administración ya que se entiende que es el personal de salud el encargado de hacer una realidad el modelo SAFCI y este como es su filosofía debe permitir que “Todas las personas, en todas partes, tendrán acceso a un trabajador de salud experto, motivado y apoyado dentro de un sistema de salud robusto”, como reza en los foros de Recursos Humanos en Salud 2008 y 2011.

El texto anterior denota que:

1. el personal sanitario debe estar en un número suficiente en todos los ámbitos geográficos de salud en un número y cualidad adecuado
2. debe existir coordinación con el sistema formativo y de desarrollo de este personal
3. consolidar un sistema de motivación que permita una estabilidad funcionaria en todos los puestos de trabajo y por ende un buen desempeño y finalmente
4. Dentro de un sistema de salud que le proporcione tanto los elementos logísticos, así como la infraestructura y equipamiento adecuados para que el trabajo de calidad sea posible.

Las formas de enfermar y morir en el país han cambiado trascendentalmente, consolidándose la transición demográfica y epidemiológica sobre todo en las grandes ciudades, la gente adolece de Enfermedades No Transmisibles (ENTs) como la obesidad, la hipertensión, la diabetes los cánceres y otras, tanto o más que las Enfermedades Transmisibles así como otras derivadas del subdesarrollo. Si es que las características del contexto sanitario deben determinar las características de la dotación, distribución y movilidad de los recursos humanos en salud; en Bolivia entonces debería existir la suficiente decisión política, información y la capacidad técnica para realizar estos procesos de acuerdo a las necesidades que tiene cada región.

La mala distribución de los RHUS es un problema que afecta a los sistemas de salud a nivel mundial (Merino, 2004). Bolivia no es la excepción, más bien parece que en el Sistema de Salud boliviano esta es una regla, de ahí la importancia de que se estudie el fenómeno y se identifiquen los estándares que lo rigen.

Los resultados de esta consultoría identificará algunas características de la distribución y movilidad de RHUS de fuente TGN e HIPIC y se abordará en la distribución y movilidad a nivel de los SEDES, con el fin de que se permita establecer las bases para la creación de una normativa que la regule, a partir de las respuestas a la siguiente pregunta.

¿Cuáles son las características de los procesos de distribución y movilidad de recursos humanos en el subsector público con fuente de financiamiento TGN HIPIC, así como de una propuesta de un conjunto de datos básicos, comparables y homogéneos del personal sanitario en la región?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Establecer las características de la distribución - movilidad de Recursos Humanos en Salud en Bolivia y de una propuesta de un conjunto de datos básicos, comparables y homogéneos del personal sanitario en la región.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Establecer la situación actual de los procesos de distribución, y movilidad de recursos humanos en el subsector público con fuente de financiamiento TGN\_HIPIC.
2. Identificar y describir los estándares para la distribución y movilidad de los recursos humanos que aplican los SEDES (Servicios Departamentales de Salud), estableciendo la línea base que permitirá avanzar en la estructuración futura del observatorio de RHUS y en el perfeccionamiento del proceso del proceso de planificación para la asignación nuevos cargos.
3. Generar una propuesta para el desarrollo de un conjunto de datos básicos, comparables y homogéneos sobre la situación de los recursos humanos en salud, con alcance subregional, nacional, sub-nacional, sectorial e intersectorial, en coordinación con las iniciativas

desarrolladas por la Organización Panamericana de la salud, UNASUR y el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS). 79570602

## **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **4.1. Tipo de estudio**

Se trata de un estudio cualitativo - cuantitativo que tiene por objetivo establecer las características de la situación actual de los procesos de distribución y movilidad de recursos humanos en el subsector público con fuente de financiamiento TGN HIPIC.

### **4.2. Universo y muestra**

El universo está conformado por la unidad de recursos humanos del MS y ocho Unidades de Recursos Humanos de los diferentes Servicios Departamentales de Salud (SEDES). Tomando en cuenta lo anterior y al ser un estudio a nivel nacional, la muestra estuvo constituida por estas 8 instancias regionales y una nacional puesto que no se cuenta con la información del SEDESC Chuquisaca.

### **4.3. Métodos e instrumentos de recolección de datos**

En un primer paso el método elegido fue la encuesta con entrevistas a profundidad, (anexo No. 1) que se aplicó a funcionarios del SEDES La Paz, a partir de un procesamiento cualitativo de los datos se han generado resultados y con estos y con el "INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN SOBRE PRÁCTICAS EFECTIVAS PARA MEDIR LA EQUIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD" (Merino, 2006) se ha generado una guía de cuestionario que se aplicó a los equipos de los 9 SEDES del país (anexo No. 2) en un taller nacional de los equipos de las unidades de los RRHH que se realizó en la ciudad de La Paz 1 – 3 diciembre 2014.

Con el anexo No. 2 se solicitó la información correspondiente al proceso empleado en la distribución desde la solicitud al Ministerio de Salud hasta la otorgación de los ITEMS de los RHUS en cada uno de los departamentos, asimismo las normativas vigentes y de uso institucional. El instrumento contó con una segunda parte que indagó sobre las características referentes a la movilidad del personal sanitario. La recolección de datos se ha realizado

también en la parte cuantitativa, a partir de las dotaciones realizadas y la distribución que se realizó en cada SEDES a través de información proporcionada por el Ministerio de Salud.

Los datos cualitativos se los ha procesado mediante el análisis inductivo y deductivo y el cuantitativo fue descriptivo. Para el primer componente cualitativo, después de la transcripción de las grabaciones utilizando la teoría fenomenológica se han escuchado las grabaciones y obtenido las unidades de interés general, se volvió a escuchar para establecer los niveles no verbales y para- lingüísticos de la comunicación, es decir, las entonaciones, los acentos, las pausas; de esta manera se pudieron elaborar los procesos y procedimientos de la distribución y movilidad de los recursos humanos en salud.

Para elaborar la propuesta de los datos homogéneos se ha analizado varios documentos de modelos teóricos de información sobre RHUS y con la información recolectada se han elegido un conjunto de indicadores que podrían servir para el fin establecido.

## **5. RESULTADOS Y DISCUSIONES**

### **5.1. Resultados sobre la situación actual de los procesos de distribución y movilidad de recursos humanos en el subsector público con fuente de financiamiento TGN HIPIC.**

Si se quiere hacer una realidad el mandato constitucional del derecho a la salud de la población como indica nuestra carta magna, la política sanitaria debe ser implementada de una manera que provoque los efectos que se requieren en el Sistema de Salud que es donde se atiende a la familia y la comunidad y además se efectúa la atención clínica o individual a los pacientes.

Para establecer la situación de los procesos de distribución y movilidad de los Recursos Humanos en Salud de Bolivia, se empieza por describir el sustento legal y normativo técnico que lo rige, para después pasar a analizar algunos indicadores cuantitativos que caracterizan la distribución de los RHUS a nivel del ministerio de salud.

#### **Normativa legal que sustenta la distribución y la movilidad equitativa de los Ítems TGN e HIPIC:**

De manera deductiva se presenta el análisis de la normativa legal, desde la CPE hasta el decreto supremo No. Que establece

La Constitución Política del Estado, que de manera general da un marco de los principios, valores, fines y deberes del Estado; así como el derecho al trabajo y al empleo. En su artículo 37, señala que “El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades”. En cumplimiento de su deber, debe proporcionar la suficiente calidad y cantidad de RRHH para que se haga realidad este mandato.

La Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Bólvares” 031, establece que el nivel central, este a cargo de la gestión y desarrollo de los REUS.

El Decreto Supremo 29601 del Modelo Sanitario de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, que proporciona el modelo de Atención y de Gestión del Sistema, cambiando en lo fundamental la estructura de las Redes.

El Decreto Supremo 28535, que se refiere a la Convocatoria, Calificación y en su Caso, Pago de la Categoría Médica con Especialidad. Lo que da un marco para estos procesos, marca la constitución de un comité el cual está integrado por el Viceministro de Salud, Jefe de Recursos Humanos, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas con un Representante y alguna representación de los colegios de profesionales en salud

Específicamente en cuanto a la movilidad de los REUS, el Decreto Supremo 09806 que regula las Normas para Postulación y Obtención de Cargos Vacantes, que indica que todos los cargos de nueva creación deben ser cubiertos por convocatorias a concurso de méritos y exámenes de competencia a nivel nacional.

Decreto Supremo 26115 norma las Normas Básicas de Administración de Personal SAP, como parte de la Ley SAFCO. Que establece los procesos y procedimientos de la Movilidad de los REUS.

La resolución Ministerial No. 0018 del 29 de mayo 2006 indica la distribución de los Ítems generados por el TGN, en el cual se establece que el 70%. Debería destinarse a nivel rural en tiempos completos y solo el 30% debería asignarse a nivel urbano. Además indica que la asignación de los Ítems debe ser hecha por convocatoria pública y recuerda que la ley SAFCO rige estos procesos.

### Normativa técnica que sustenta la distribución y la movilidad de los RRHH

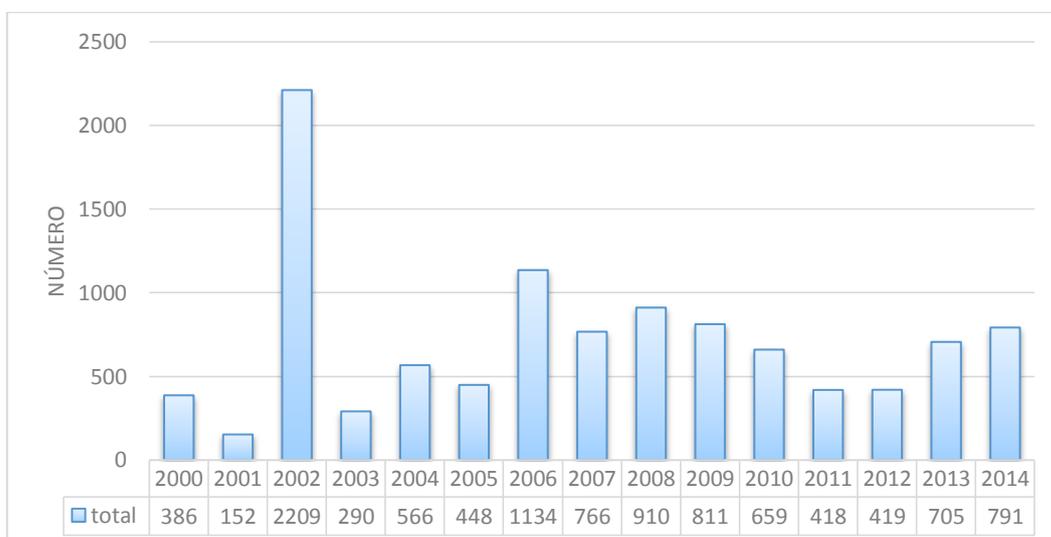
La Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Creada en Diciembre 2009 a partir de la Resolución Ministerial No. 1233 brinda algunos lineamientos, pero no indica ninguna relación técnica en cuanto a la distribución de los RHUS.

La Norma de Caracterización del Primer Nivel de Atención ya hace referencia a un número y características de los RHUS que componen cada establecimiento de salud según el tipo, de esta manera ya está establecido el equipo mínimo que señala a los profesionales necesarios, para que cada centro de salud cumpla sus funciones de acuerdo a esta normativa. Esta norma de al igual que el anterior, indica el equipo de salud en cada instancia de los establecimientos de este nivel, podría servir de parámetros para establecer los nuevos indicadores en RHUS.

### Características cuantitativas de la asignación y Distribución de los Recursos Humanos en Salud. Con fuentes IDH y HIPIC.

A partir de la documentación recolectada del MS y también con las entrevistas a profundidad, se determinaron frecuencias, porcentajes, medidas de resumen, finalmente se realizaron pruebas de correlación y de regresión lineal, según la variable asignación de los RHUS anual desde el Ministerio de Salud la que se realiza de manera anual, comparándola con otras variables que pudieran estar relacionadas como el gasto público y la población el por ejemplo.

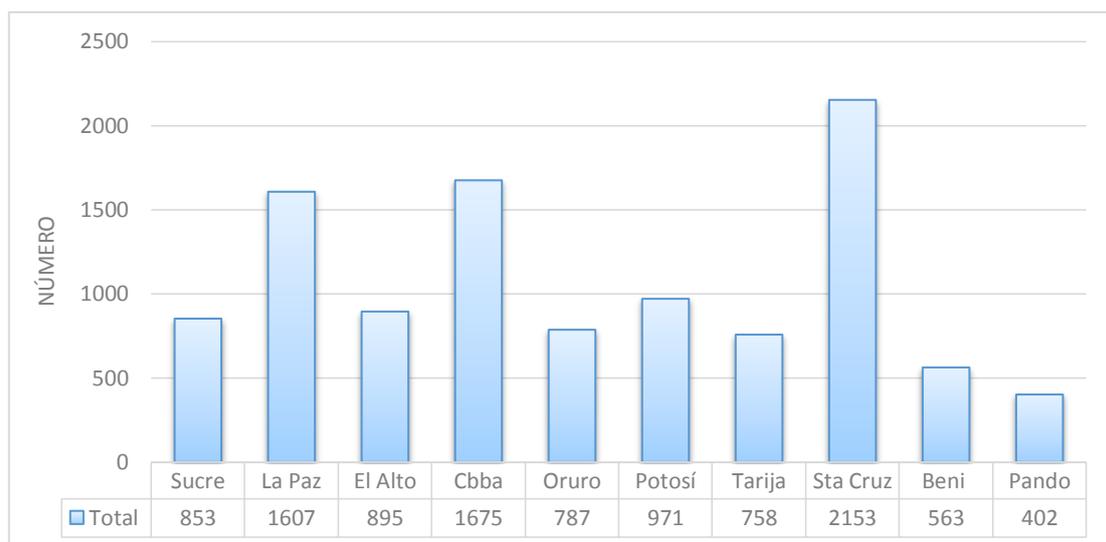
**Gráfica Nro. 1**  
**Número de ítems creados por crecimiento vegetativo según gestión 2000 – 2014, Bolivia**



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos del MS

La inclusión de nuevo personal en el servicio público varía de una gestión a otra, teniendo periodos en los cuales el número de personas contratadas es masivo (2002) así como reducido (2001). Se debe considerar en este análisis que el año 2002 se crearon los ítems HIPIC y desde el año 2006 se hace cargo la administración Morales que todavía permanece en el gobierno central, se nota que la asignación del personal de salud es significativamente mayor a partir de ese año, sobre todo en los primero años disminuyendo para los siguientes, obviamente sin considerar el año 2002.

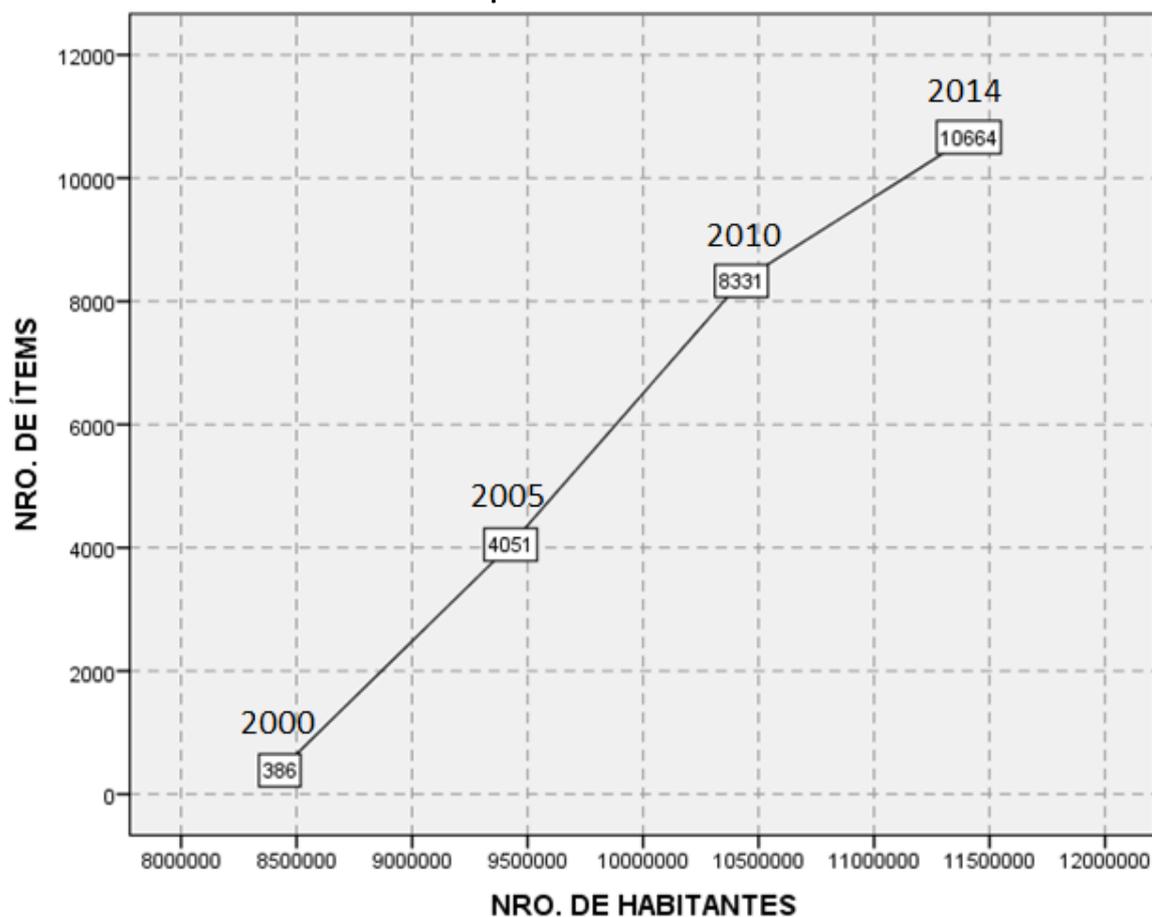
**Gráfica Nro. 2**  
**Número de ítems creados por crecimiento vegetativo, según departamento de Bolivia, periodo 2000 2014.**



*Fuente: Elaboración propia, a partir de datos del MS.*

Los SEDES correspondientes al eje troncal La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, tienen el mayor número de personal de salud contratado siendo este último el departamento el más beneficiado; de manera contraria Pando y Beni llegan a ser los departamentos con menor número de personal de salud, el análisis de esta gráfica debe ser completada con la siguiente. Se nota que la asignación de los ítems tiene una correlación con el número de habitantes y no exactamente de acuerdo al número.

**Gráfica Nro. 3**  
**Número de ítems por el número de habitantes**

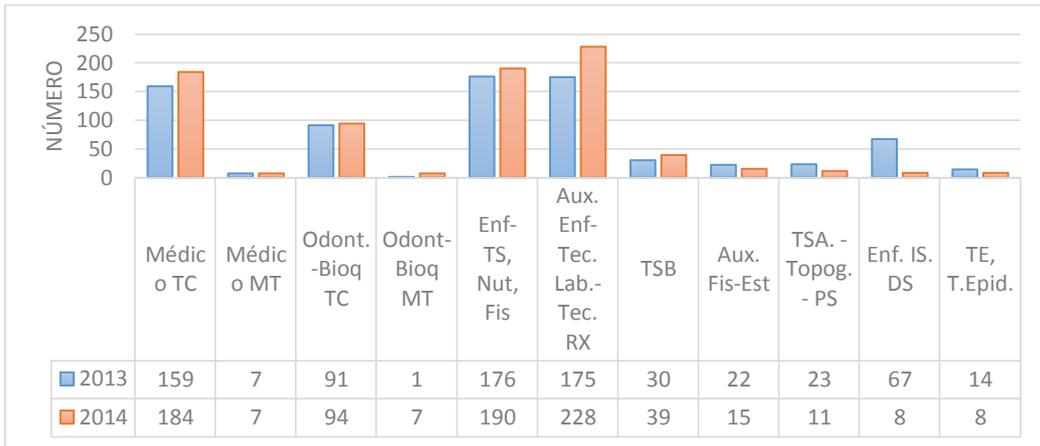


*Fuente: Elaboración propia, a partir de datos del MS.*

El número de personas contratadas en el sistema público se incrementa conforme se incrementa el número de habitantes, siendo este incremento mayor en el periodo comprendido entre el 2005-2010. De manera contraria el periodo comprendido entre el 2010-2014 el incremento es mucho menor al resto de los periodos. Otra vez hay que considerar que la creación masiva de ítems HIPIC el año 2002, esta situación obliga a indicar que en el periodo 2000-2005 tiene una curva de incremento parecido a las demás la asignación subió gracias al año 2010.

A continuación se presentan los resultados de la distribución de ítems según profesiones, de los dos últimos años, según los datos del MS. Cabe hacer notar que las categorías de análisis están dadas por criterios de pago de salarios y no necesariamente por cuestiones técnicas y/o de funciones laborales, sino que de la afinidad entre las profesiones.

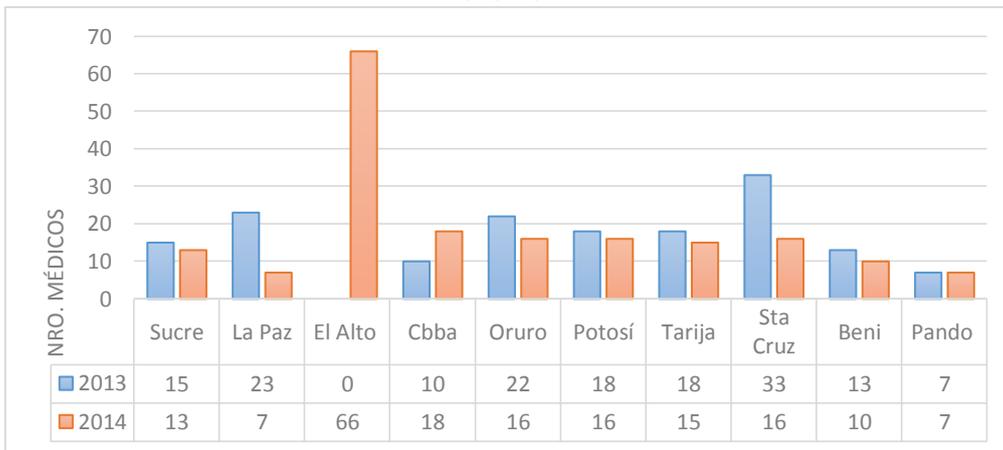
**Gráfica Nro. 4**  
**Número de ítems creados por crecimiento vegetativo, según tipo profesión, Bolivia 2013-2014**



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos del MS.

La categoría de profesionales del área de la salud que mayormente son incluidos al sistema corresponden al personal técnico (auxiliar de enfermería, técnico de laboratorio y técnico en RX). A su vez el personal de enfermería, trabajo social, nutrición y fisioterapia es también incluido al sistema en un número importante. De manera contraria los técnicos entomólogos así como los técnicos epidemiólogos son los que se integran en un número mucho menor al del resto de las categorías.

**Gráfica Nro. 5**  
**Número de ítems de médicos tiempo completo creados por crecimiento vegetativo, Bolivia 2013-2014.**

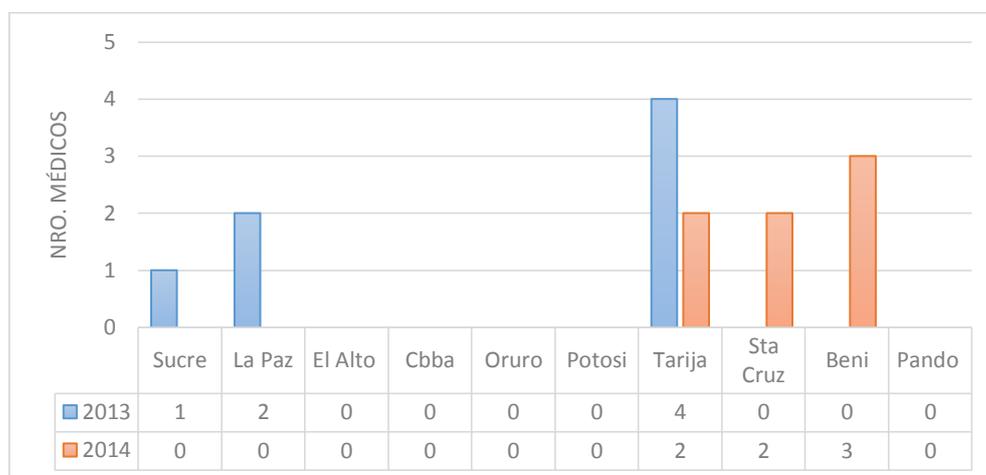


Fuente: Elaboración propia, a partir de datos del MS.

La integración de personal médico con tiempo completo, varía ligeramente de una departamento a otro y de un periodo a otro. Sin embargo el número de médicos incluidos llego a ser muy marcada en la ciudad de El Alto el año 2014 esto por la dotación masiva para el

Hospital de nueva creación del Norte, pero de manera contraria en el mismo periodo en el departamento de La Paz y Pando el numero fue muy reducido.

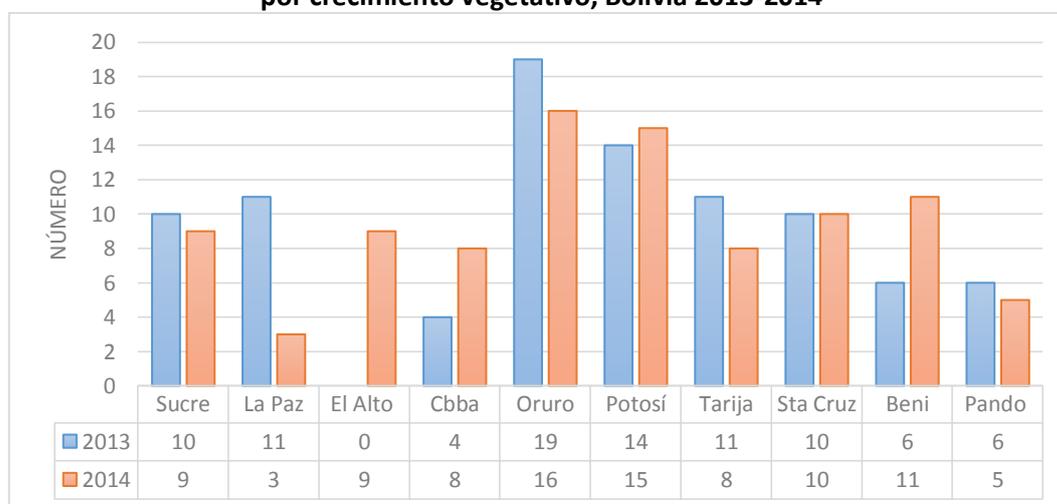
**Gráfica Nro. 6**  
**Número de ítems de médicos medio tiempo creados por crecimiento vegetativo, Bolivia 2013-2014.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MS.

El personal médico de medio tiempo a diferencia del personal de tiempo completo, se contrata en menor medida, consignándose este tipo de ítems en el 2014 solo en tres departamentos (Tarija, Santa Cruz y Beni).

**Gráfica Nro. 7**  
**Número de ítems de odontólogos y/o bioquímicos contratados a tiempo completo creados por crecimiento vegetativo, Bolivia 2013-2014**

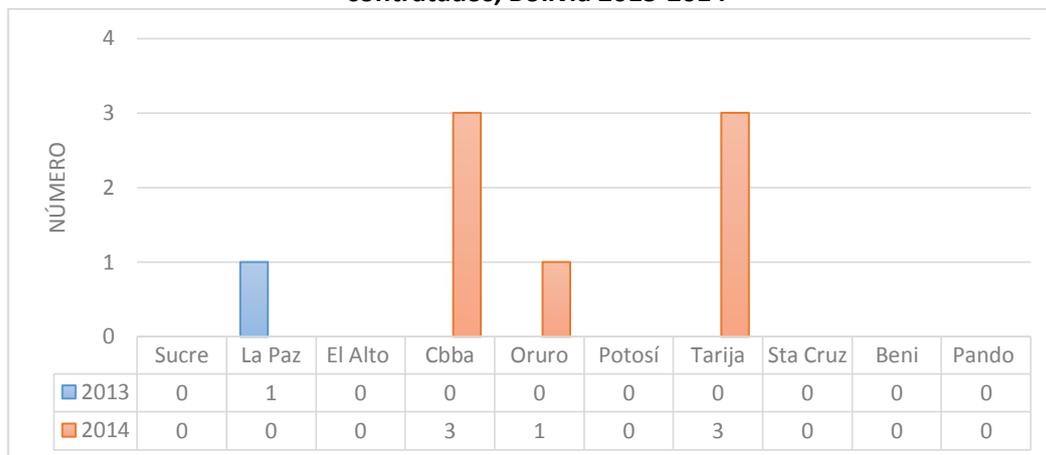


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MS.

El contrato de profesionales del area de odontologia y/o bioquimica con tiempo completo varia de una region a otra y de un periodo a otro, existiendo un mayor numero de items

asignado a departamentos como Oruro y Potosí. De manera contraria Cochabamba y Pando son los departamentos con menor número de profesionales de este tipo.

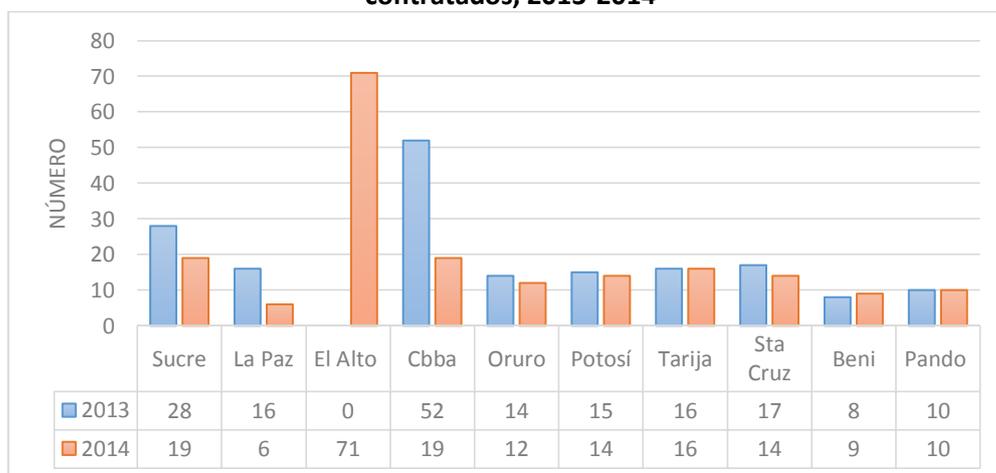
**Gráfica Nro. 8**  
**Número de ítems creados por crecimiento vegetativo de odontólogos y/o bioquímicos contratados, Bolivia 2013-2014**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MS.

Al igual que en los médicos el sistema público incluye un menor número de profesionales del área de la odontología y bioquímica cuyo contrato es por medio tiempo es bastante reducido, llegando durante la última gestión a aperturarse este tipo de ítems en tres departamentos (Cochabamba, Oruro, Tarija)

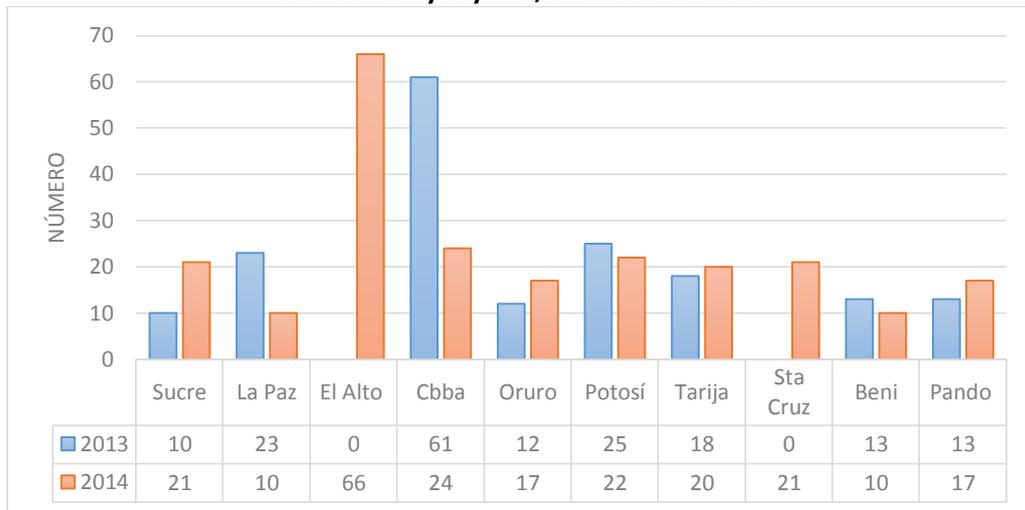
**Gráfica Nro. 9**  
**Número de profesionales en enfermería, nutrición, fisioterapia y/o trabajo social contratados, 2013-2014**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MS.

La distribución de profesionales de enfermería, nutrición, fisioterapia y trabajo social, que convergen en una misma escala salarial, varía ligeramente de un departamento a otro y de un periodo a otro, observándose un mayor número en el departamento de Cochabamba.

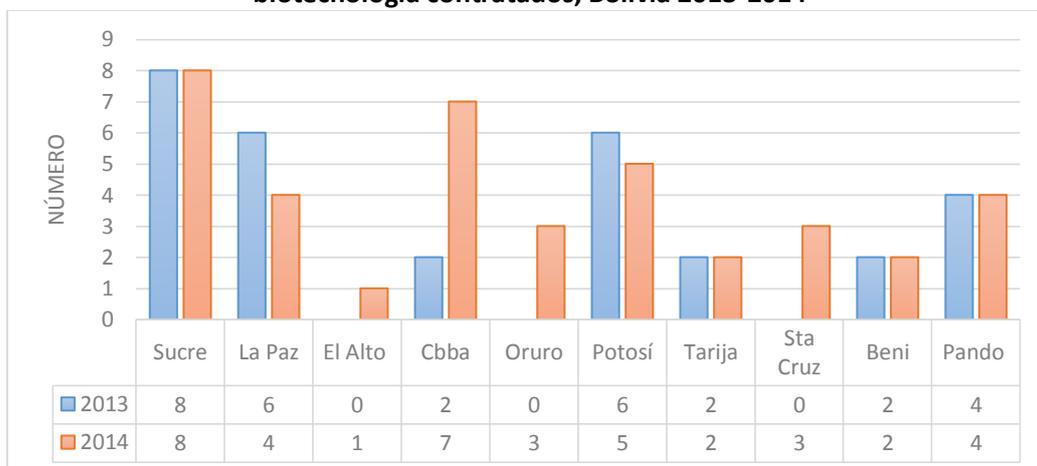
**Gráfica Nro. 10**  
**Número de ítems creados por crecimiento vegetativo de técnicos medios en enfermería, laboratorio y rayos X, Bolivia 2013-2014**



*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MS.*

El número de profesionales de nivel técnico (enfermería, laboratorio y radiología) al igual que las anteriores categorías varía ligeramente de un departamento a otro y de un periodo a otro. Sin embargo Cochabamba es el departamento con un número mayor de profesionales de esta área.

**Gráfica Nro. 11**  
**Número de ítems creados por crecimiento vegetativo de técnicos superiores en biotecnología contratados, Bolivia 2013-2014**

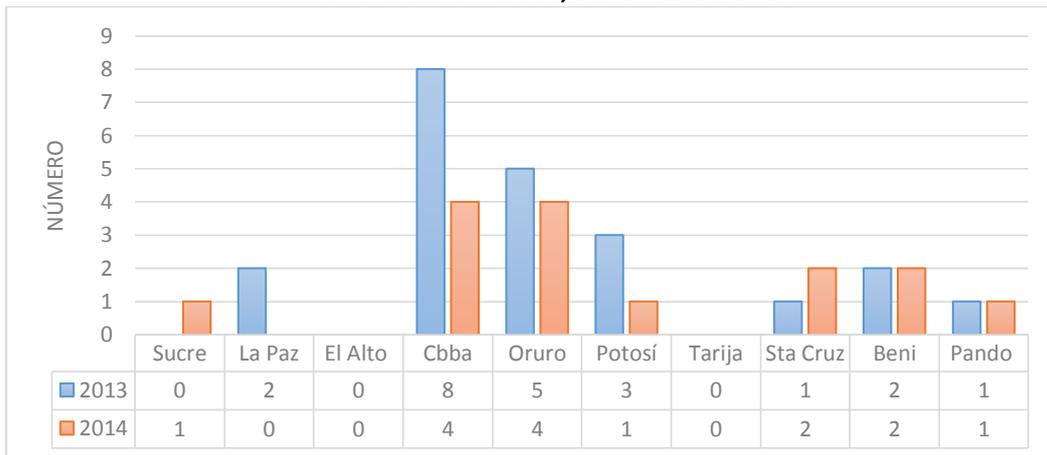


*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MS.*

En referencia a los Biotecnólogos varían grandemente de un departamento a otro, siendo Sucre el departamento al cual se ha dotado con el mayor número de profesionales de este tipo, de manera contraria Beni y Tarija son los que tienen el menor número contratados

Gráfica Nro. 12

Número ítems creados por crecimiento vegetativo de auxiliares en fisioterapia y/o estadística contratados, Bolivia 2013-2014

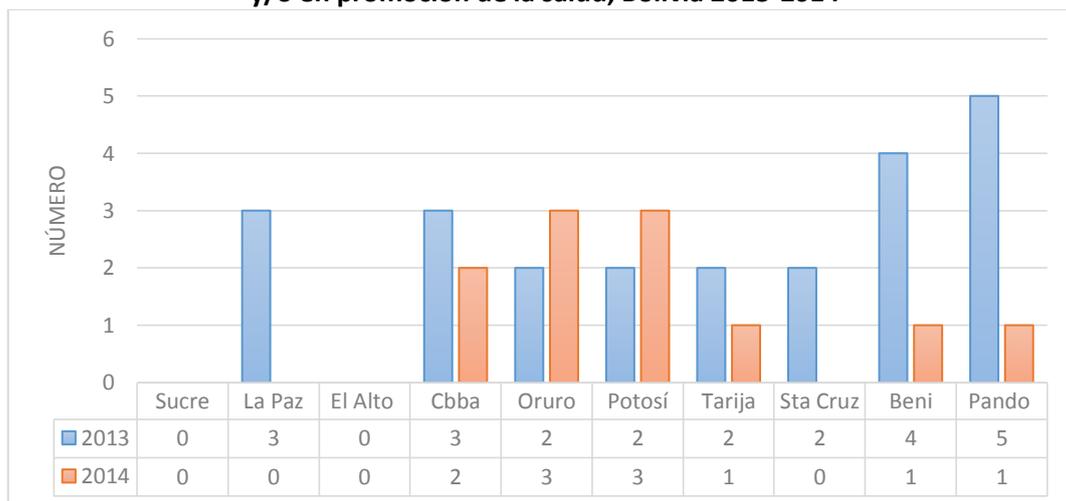


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MS.

Los auxiliares en fisioterapia y/o estadística varían grandemente de un departamento a otro existiendo inclusive lugares en los cuales no se cuenta con este tipo de profesionales (El Alto y Tarija). El departamento de Cochabamba es aquel que cuenta con el mayor número de profesionales de este tipo de manera contraria Sucre tiene la cantidad más baja.

Gráfica Nro. 13

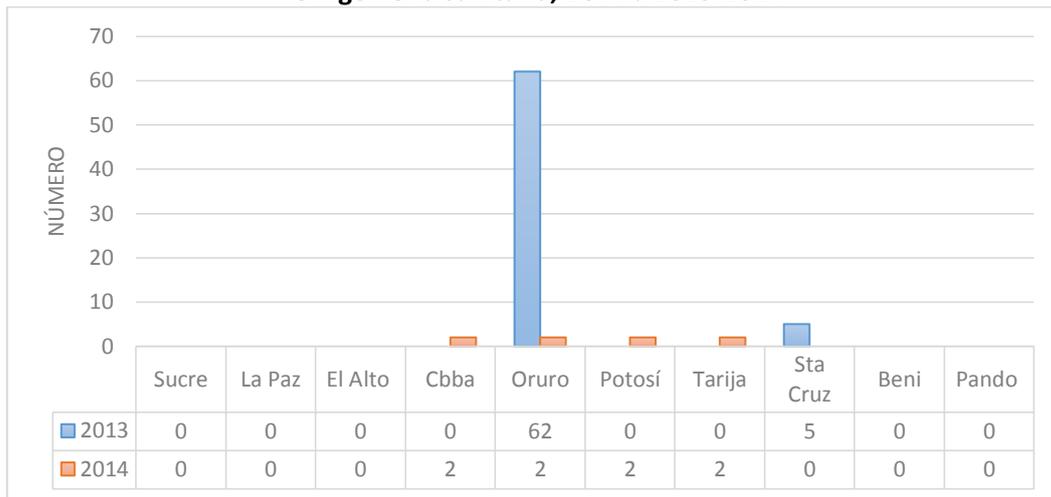
Número de ítems creados por crecimiento vegetativo de técnicos en saneamiento ambiental y/o en promoción de la salud, Bolivia 2013-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MS.

Al igual que en la anterior categoría el número de profesionales del área de saneamiento ambiental y/o promoción de la salud varía de un departamento a otro y de un periodo a otro, sin embargo existe ausencia de este tipo de profesionales en Sucre y El Alto.

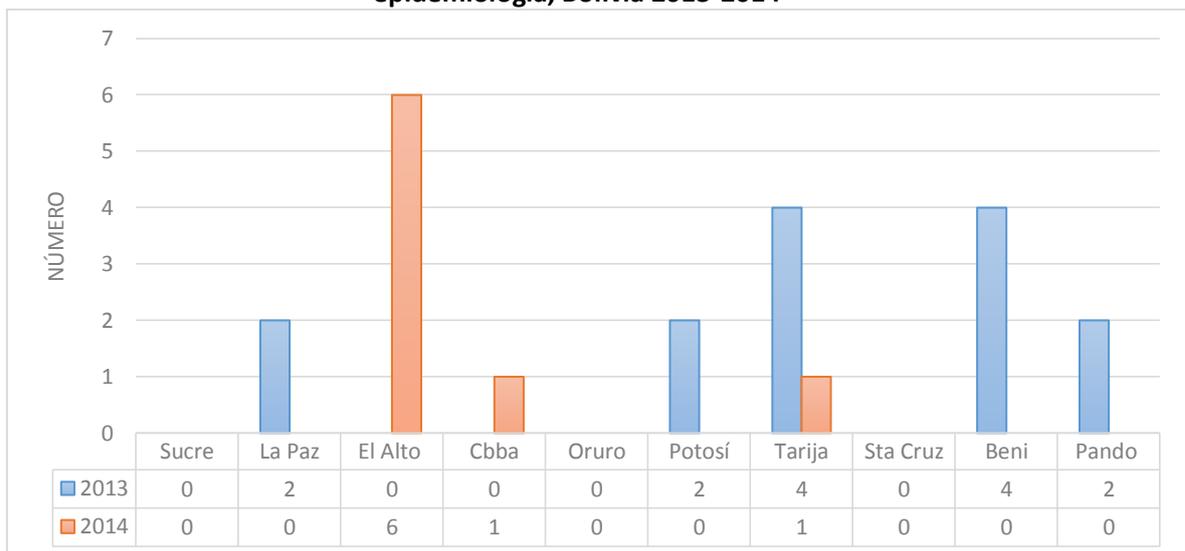
**Gráfica Nro. 14**  
**Número ítems creados por crecimiento vegetativo por profesionales de enfermería con título e ingeniería sanitaria, Bolivia 2013-2014**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MS.

Un número importante de los profesionales de enfermería con título e ingeniería sanitaria se encuentra en Oruro cuya contratación se produjo esencialmente en la gestión 2013.

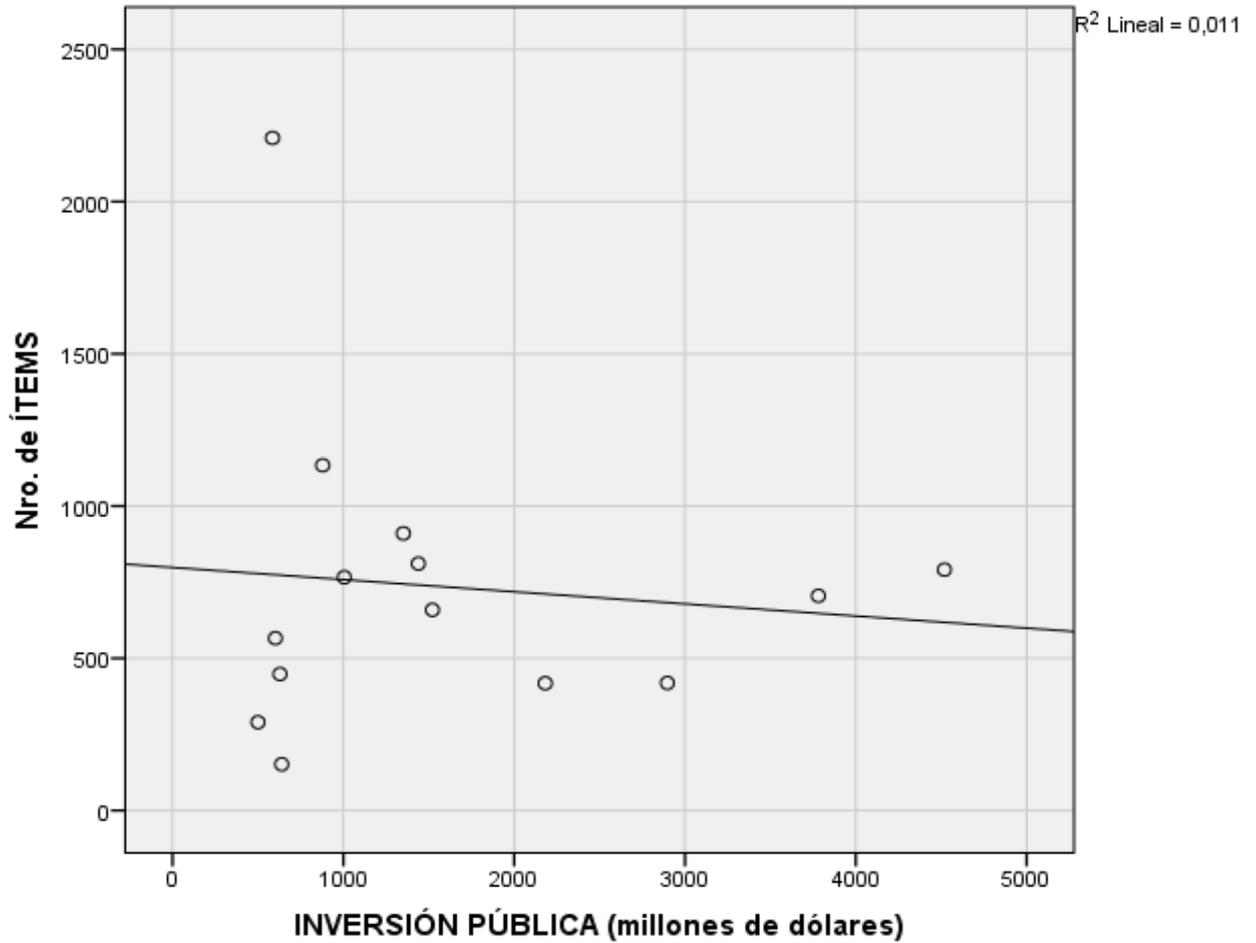
**Gráfica Nro. 15**  
**Número ítems creados por crecimiento vegetativo de técnicos entomólogos y/o en epidemiología, Bolivia 2013-2014**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MS. a partir de datos del MS.

Los técnicos entomólogos así como los técnicos epidemiólogos varían grandemente de un departamento a otro y de un periodo a otro. Se encuentran ausentes en Sucre, Oruro y Santa Cruz.

**Gráfica Nro. 16**  
**Correlación entre el número de ítem creados por crecimiento vegetativo y la inversión en pública, periodo 2000 2014**



*Fuente: Elaboración propia*

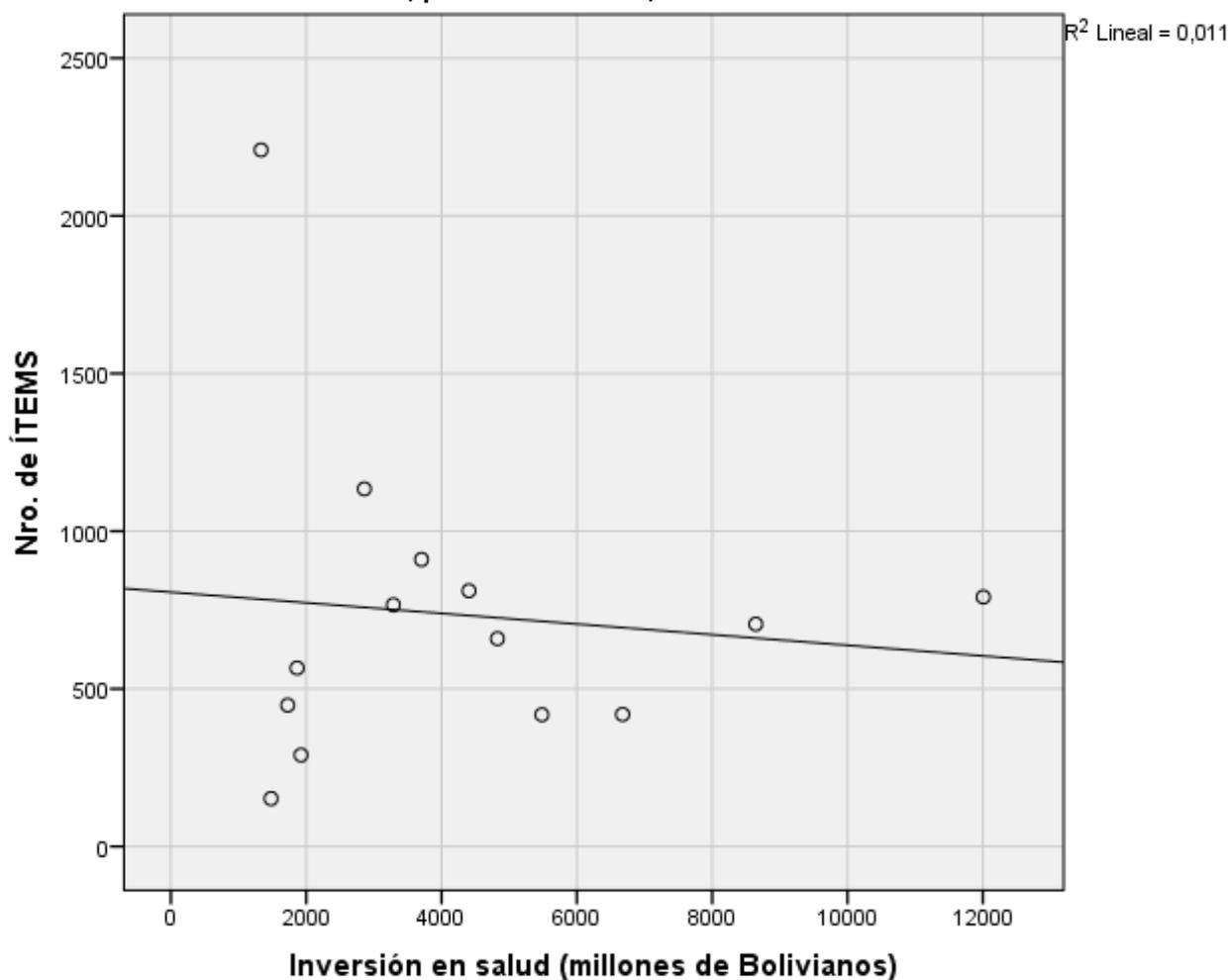
**Tabla Nro. 1**  
**Correlación entre el número de ítem y la inversión en pública**

	r	R <sup>2</sup>	p-valor
Nro. de ítems - Inversión Pública (millones de dólares)	-0.104	0.01	0.7

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MS.*

En la gráfica número 15 se evidencia una dispersión marcada de los datos, no configura una tendencia. En la tabla Nro. 1 se puede observar que la correlación entre el número de ítems y la inversión pública es no significativa ( $p > 0.05$ ), aspecto que se corrobora con el  $R^2$  mismo que establece que la inversión pública explica en un 0.01% la asignación de ítems.

**Gráfica Nro. 17**  
**Correlación entre el número de ítem creados por crecimiento vegetativo y la inversión en salud, periodo 2000 2014, Bolivia.**



*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MS.*

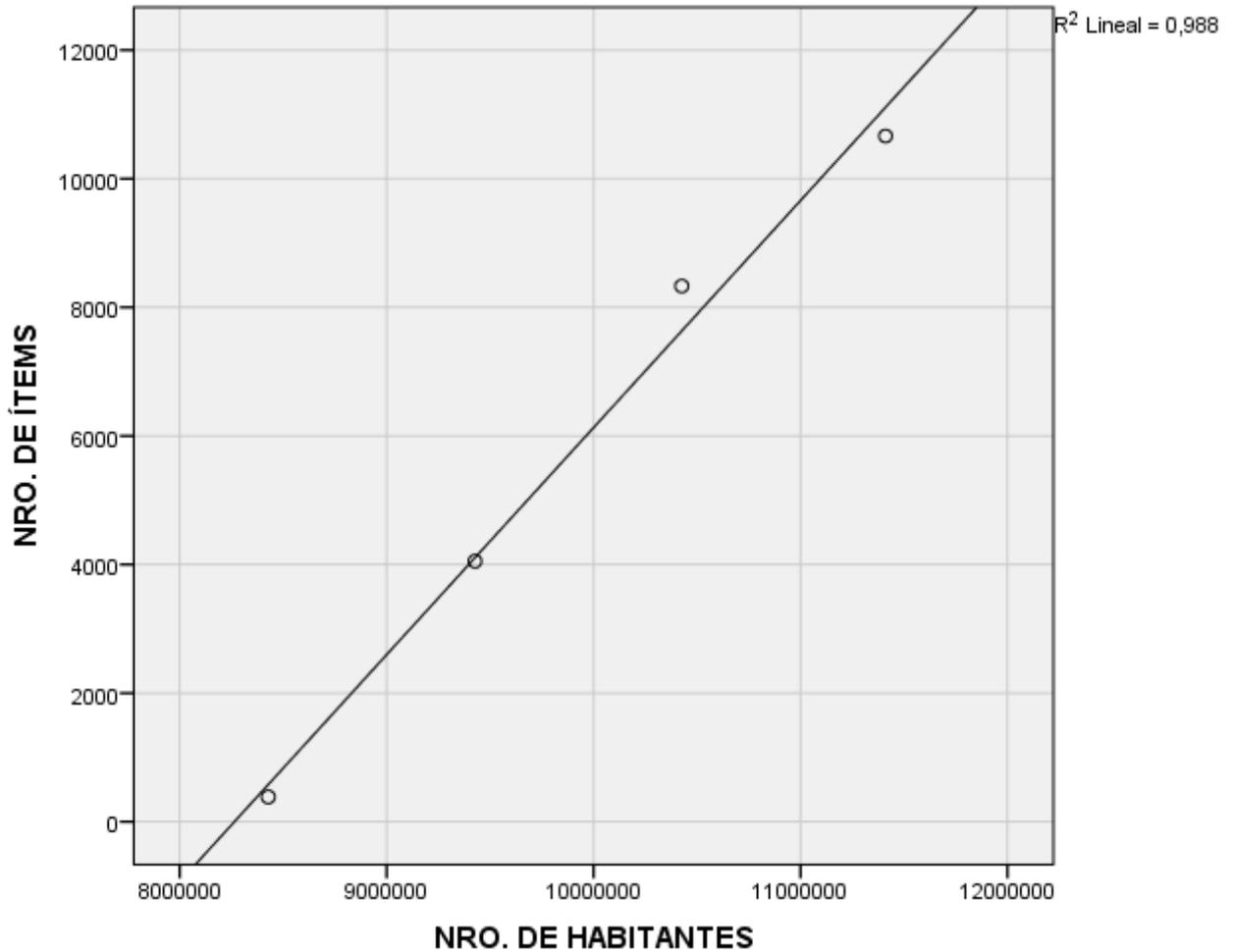
**Tabla Nro. 2**  
**Correlación entre el número de ítem y la inversión en salud**

	R	R <sup>2</sup>	p-valor
Nro. de ítems - Inversión en Salud (millones de bolivianos)	-0.102	0.01	0.7

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MS.*

En la gráfica número 16 se evidencia una dispersión marcada de los datos sin configurar una tendencia. En la tabla Nro. 2 se puede observar que la correlación entre el número de ítems y la inversión Salud es no significativa ( $p > 0.05$ ), aspecto que se corrobora con el  $R^2$  mismo que establece que la inversión pública explica en un 0.01% la asignación de ítems.

**Gráfica Nro. 18**  
**Correlación entre el número de ítems creados por crecimiento vegetativo y el número de habitantes, periodo 2000 – 2014, Bolivia.**



*Fuente: Elaboración propia*

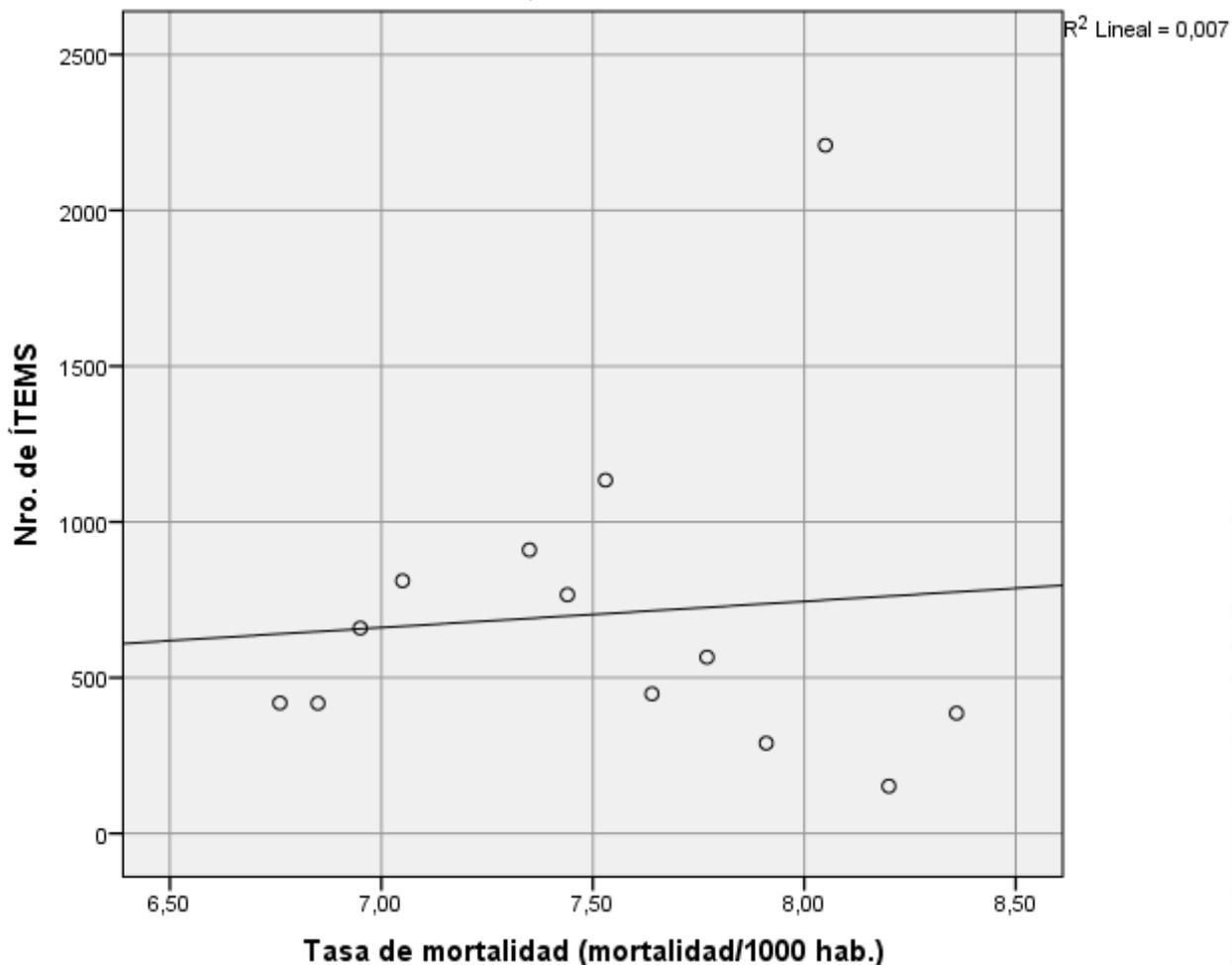
**Tabla Nro. 3**  
**Correlación entre el número de ítems y el número de habitantes**

	R	R <sup>2</sup>	p-valor
Nro. de ítems – Nro. de habitantes	0.99	0.98	0.006

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MS.*

En la Gráfica Nro. 17 se observa como los datos configuran una línea de tendencia directa positiva lo cual establece que conforme se incrementa la población se incrementa el número de ítems, siendo esta correlación significativa ( $p < 0.05$ ) y con un valor de la r-Pearson es de 0.99 estableciéndose un relación fuerte entre estas dos variables.

**Gráfica Nro. 19**  
**Correlación entre el número de ítems creados por crecimiento vegetativo en Bolivia y la tasa de mortalidad, periodo 2000 2014**



*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MS.*

**Tabla Nro. 4**  
**Correlación entre el número de ítems y la tasa de mortalidad**

	R	R <sup>2</sup>	p-valor
Nro. de ítems – Tasa de mortalidad	0.083	0.007	0.78

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MS.*

En la gráfica número 18 se evidencia una dispersión marcada de los datos que no permiten la configuración de una tendencia. En la tabla Nro. 4 se puede observar que la correlación entre el número de ítems y la tasa de mortalidad general es no significativa ( $p > 0.05$ ), aspecto que se corrobora con el  $R^2$  mismo que establece que la inversión pública explica en un 0.007% la asignación de ítems.

Se recalca que los datos que dieron origen a estos gráficos y tablas fueron proporcionados por el MS, el análisis debería continuar con lo que ocurre a nivel departamental, pero ha sido

imposible recolectar los datos de la distribución de los RHUS de esta fuente. La unidad de Recursos Humanos del MS en junio de este año ha solicitado con nota esta información y solo respondieron solo tres SEDES y de estos, solamente uno presentó la información a medias. Esto debido a la norma que está en vigencia que señala la distribución de un 70% al área rural y el 340% al área urbana. Aparentemente esto no se cumple crónicamente. Se podría pedir en esta información en el marco de una auditoria si es que el MS lo cree necesario.

## 5.2. Resultados sobre los estándares para la distribución y movilidad

El abordaje para la presentación de estos resultados se presenta los procesos y procedimientos para la creación de los Ítems a nivel central y después los que se realizan a nivel de los SEDES, las palabras o frases entre comillas se ha extractado de las entrevistas en profundidad, realizadas a los funcionarios del SEDES La Paz (planificador, responsable de redes, coordinador de RRHH), a un ex responsable de RRHH del Ministerio de Salud y en el MS al Jefe de la Unidad de Presupuestos y a la Jefa de la Unidad e RRHH.

### 5.2.1. Procesos de la creación de Ítems de los RHUS a nivel central, Ministerios de Economía y Finanzas Pública y de Salud.

A nivel central la creación de los Ítems a cargo del TGN, es decir el crecimiento vegetativo en el sector salud se da de la siguiente manera:

- El Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de Bolivia, asigna un techo presupuestario para la creación de los nuevos Ítems. Un entrevistado del MS informó “No piden ni consideran ningún requerimiento técnico”, por lo tanto la asignación tiene criterios de orden económico y no consideran las necesidades de salud.
- El Ministerio de Salud distribuye según funcionarios del MS “la Ministra/o y el responsable de RRHH del Ministerio deciden” estas palabras correspondían a una Gestión y para otra se levantaron las siguientes “el gabinete y el Ministro” lo deciden, de todos modos se nota que es la MAE del sector quien hace esta distribución. Tampoco se han identificado criterios técnicos en este nivel.
- El SEDES redistribuye los ítems recibidos, el proceso utilizado se los menciona en los siguientes párrafos.

Se recalca que en ninguno de estos niveles se ha identificado la utilización de una normativa técnica para realizar estos trabajos.

Existen tres fuentes en cuanto a la creación de los Ítems o cargos del personal sanitario del subsistema público, el del TGN, el municipio y la gobernación. Los dos primeros han sido constantes en su creación, la gobernación en el caso de La Paz no ha creado ninguno. La presente consultoría se ha concentrado solamente en los que se refieren al TGN e HIPIC. Se debe hacer notar que después de su creación y por la naturaleza propia de los HIPIC no se han creado más ítems en estos últimos años.

Cada año el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas crea una cantidad de Ítems en “bruto”, “asignando un techo presupuestario y es en el de Salud donde se disponen la distribución para cada SEDES. La Unidad de RRHH del Ministerio de Salud realiza una propuesta y es su director que junto al Ministro realizan la distribución de los Ítems, en este procedimiento se toma en cuenta la cantidad asignada anteriormente, las solicitudes municipales, de las organizaciones sociales y criterios políticos que son coyunturales, de esta manera no existe la posibilidad de que sea de acuerdo a las necesidades que pudieran haber en la regiones.

#### **5.2.2. Procesos y procedimiento que los SEDES utilizan para distribuir los RRHH que reciben del TGN.**

Un proceso es una serie de pasos que moviliza recursos y tiene un fin determinado; el procedimiento es el desarrollo o explicación de estos elementos también en una secuencia lógica, este es el objeto de esta parte de la investigación la indagación de manera cualitativa y cuantitativa en cuanto a la distribución y la movilidad de los RHUS en los SEDES.

Cuando la institución como los SEDES y/o el establecimiento de salud debe realizar la dotación de sus RHUS, deberían seguir un proceso técnico, una normativa para realizar esta tarea de acuerdo a una lógica de la Gestión de Recursos Humanos en Salud, por la especificidad del sector.

Se presentan los resultados referidos al instrumento No. 2 “Guía de cuestionario Distribución y Movilidad de RHUS”. La lógica de la presentación es la siguiente:

primero sobre los procesos referidos a la identificación de las necesidades de recursos humanos y segundo sobre los procesos de la distribución de los ítems de nueva creación y tercero sobre las actividades de convocatorias que realizan.

Buena parte de los entrevistados indican que “Los SEDES no tienen requerimientos técnicos” como uno lo dijo textualmente, esto denota una ausencia de la utilización de criterios en los requerimientos; otro entrevistado señala que “pedimos 100 y nos dan 20”, tal vez este hecho hace que los SEDES no realicen sus estimaciones de necesidades ya que no ven la necesidad. Otro entrevistado afirmaba que “las decisiones son políticas”, y otro “la decisión de la distribución lo toma finalmente el director” se repite lo que pasa en el MS donde es el Ministro/a es el/la quien decide, esto es lo que ocurre en la distribución de los RHUS en el país según las entrevistas a profundidad realizadas en la investigación.

Para elaborar la tabla No. 5 se tomaron las siguientes determinaciones se entiende por proceso técnico al que se habría realizado a partir de una normativa propia o del Ministerio de Salud elaborada para la realización de esta tarea. Para determinar si se identifican los procesos para la identificación de necesidades y para la distribución se procedió de la siguiente manera: en el cuestionario primero se verificó la respuesta a la pregunta sobre los pasos realizados y después se comparó con la utilización de los requisitos si estos dos criterios se hubieran cumplido se identificaría que sí, de lo contrario en caso de que solamente, uno o ninguno se hubiera cumplido entonces se anotó como no.

A continuación se resumen los resultados que se refieren a los procesos que utilizan los SEDES desde la detección de las necesidades y distribución de los RHUS en cuanto al crecimiento vegetativo del TGN.

**Tabla No. 5**

**Documentación y normativa de los procesos de identificación de necesidades de RRHH y distribución de los ítems de crecimiento vegetativo, SEDES de Bolivia, diciembre 2014.**

SEDES	Usa las variables e indicadores para la distribución de los RHUS.	Se identifica un proceso técnico para la identificación de necesidades de RHUS.	Se identifica un proceso técnico para la distribución de los RHUS.
La Paz	Si	No.	No

Santa Cruz	Si	No.	No
Cochabamba	No	No.	No
Tarija	Si	No.	No
Oruro	No	No.	No
Potosí	No	No.	No
Beni	No	No.	No
Pando	No	No.	No
Chuquisaca	No informo	No informo	No informo

Fuente: elaboración propia en base a los resultados de la Guía de Cuestionario No. 2

De esta manera con estos resultados se establece que los SEDES no cuentan con procesos técnicos instituidos para la identificación de necesidades ni para la distribución de los RHUS, por las respuestas en el cuestionario y sobre todo por las de las entrevistas en profundidad identificadas podemos inferir que los SEDES no cuentan con procesos escritos y menos con normativa técnicas que guíen estas tareas.

En cuanto a los instrumentos utilizados algunos indican instrumentos generales como planillas de distribución que generalmente se elaboran a partir de criterios poblacionales y de existencia o no del personal de salud en cuestión en un determinado establecimiento de salud.

En la reunión taller sobre RRHH que se realizó el mes de diciembre 2014 en el trabajo del grupo No. 1 se identificó la necesidad de que el MS elabore textualmente se señaló que “solicitamos al MS la elaboración de una norma técnica para la distribución de los RRHH”, este instrumento legal permitiría negociar con las organizaciones sociales, municipios, políticos, ya que se obligaría a que las decisiones fueran técnicas y n como hasta ahora coyunturales.

En cuanto a los procesos de convocatoria, la mayor parte de los SEDES han realizado convocatorias desde el año 2010, un solo SEDES afirma que ha realizado convocatorias desde el año 2000 y dos solamente habrían realizado los dos últimos años, El SEDES La Paz ha elaborado su propia normativa para las convocatorias mediante el decreto departamental No. 45: “PROCEDIMIENTOS PARA EL INGRESO DE RECURSOS HUMANOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ”.

Buena parte de los SEDES afirman que la normativa que se usa para estos procesos se basa en la ley 1178 y específicamente en el SAP como corresponde y en su Reglamento Específico, pero la mayoría contradice esta afirmación, ya que no responden a la

pregunta si tiene el Reglamento Específico del SAP y cuando lo hacen y lo tienen lo usan muy poco, un solo SEDES ha respondido que tiene y lo usa mucho. Otros sedes también mencionan a al Decreto Supremo Decreto Supremo No. 28909 de fecha 06 de noviembre de 2006.

### 5.2.3. Procesos y procedimientos que los SEDES utilizan para la movilidad de los RRHH

En la última parte de la guía de cuestionario que se encuentra en el anexo No. 2 de este informe se preguntó sobre los procesos de movilidad de los RHUS en categorías que señala la Ley SAFCO procesos de promoción, rotación transferencia y retiro, además se preguntó sobre otras formas de movilidad. Aunque algunos SEDES hacen referencia al uso de la Ley del Estatuto del Funcionario Público y su Reglamento Interno, no describen el proceso específico usado, hacen referencia también a la utilización de la ley 1178 y a su SAP. Señalan que la primera modalidad de promoción no se utiliza, un funcionario afirmo sobre este proceso: “nunca he visto eso”, denotando de esta manera un insuficiente sistema de incentivos en el sector. A continuación se presenta la sistematización de la información recibida, con la siguiente lógica: se ha analizado las respuestas a las preguntas sobre los procesos específicos de la movilidad y de acuerdo a su correspondencia con cada uno de ellos se ha determinado si tiene o no un procesos instituido.

**Tabla No. 6**

#### **Características de la movilidad de los funcionarios de los SEDES Bolivia, diciembre 2014.**

	Procesos de promoción	Procesos de rotación	Procesos de transferencia	Procesos de retiro	Otro proceso diferente
La Paz	No	No	No	No	Si
Santa Cruz	No	No	No	No	Si
Cochabamba	No	No	No	No	Si
Tarija	No	No	No	No	Si
Oruro	No	No	No	No	Si
Potosí	Si	Si	Si	Si	Si
Beni	No	No	No	No	Si
Pando	No	No	No	No	Si
Chuquisaca	No informo.				

Fuente: elaboración propia en base a los resultados de la Guía de Cuestionario No. 2

Se ha establecido que las rotaciones “están más que todo en función a las denuncias del personal o la comunidad hacia los funcionarios”, denotando que estos procesos se

dan de manera coyuntural como todos los otros más que por planificación técnica. En general como se observa no existen procesos instituidos a excepción del DEDES Potosí.

Finalmente señalan como otras formas de movilidad a los “intercambios” que hacen entre funcionarios con las mismas características laborales y que respondiendo a las necesidades personales de radicatoria por la familia, salud, etc. cambian de cargos de un lugar a otro mediante una nota escrita a la unidad de RRHH de los SEDES, como otra modalidad existe también el “cambio de puesto de trabajo y/o lugar de trabajo por procesos internos” y una tercera forma es “por determinaciones políticas”. Los instrumentos que utilizan son propios para cada uno de los SEDES como informes de médicos, de la población, de las organizaciones sociales, etc. Para el caso de los intercambios los interesados hacen notas de conformidad. no cuentan con procesos escritos o una normativa instrumentada que rijan estos procesos.

### **5.3 Propuesta para el desarrollo de datos básicos, comparables y homogéneos sobre la situación de los recursos.**

#### **Antecedentes de la propuesta**

El recurso humano es considerado como pilar fundamental en el desarrollo de cualquier institución, es de esa manera que la necesidad de prestar atención a la fuerza de trabajo no amerita mayor discusión, por lo que el diseño de políticas que mejoren la situación laboral de los trabajadores así como el desempeño de los mismos es aún más evidente.

En el área de la salud, históricamente la calidad del cuidado de los enfermos ha estado a cargo del personal de la salud, pero con el transcurrir del tiempo esta responsabilidad se ha ido compartiendo con los gobiernos los cuales tienen el compromiso de hacer que la entrega de tales cuidados tenga mayor calidad, eficiencia y efectividad (Torres, 2005).

Sin embargo la entrega de un servicio de mayor calidad, eficiencia y efectividad, requiere un concienzudo análisis de la situación de la población, pero a su vez del recurso humano que esta a cargo de su manejo. En virtud de lo anterior, hace que el disponer de información válida y confiable se convierta en un recurso importante para el análisis y evaluación objetiva de la situación sanitaria y de recursos humanos (OPS, 2001)

Además para la planificación de los recursos humanos de un programa determinado, se requiere definir adecuadamente el número, las competencias y la responsabilidad del personal que formara parte de dicho programa, siendo estos aspectos los cuales estableceran el éxito o fracaso de dicho programa. Sin embargo esto no se puede realizar si no se cuenta con una definición clara de los recursos humanos existentes en la actualidad, lo cual implica una investigación previa (Malagon-Londoño, 2011)

Este proceso de investigación y evaluación previa se lo puede realizar a través del uso de los denominados indicadores, los cuales son medidas que expresan la magnitud de un determinado problema o aspecto de interés (Valdivia, 2007).

Una vez hecho este análisis previo se realiza un proceso de planificación que en el caso de los recursos humanos se justifica dado que: 1. La mejora de la salud de la población depende del desempeño laboral de los trabajadores y de 2. Una política eficiente puede reducir los costos pero fundamentalmente puede mejorar la salud de las personas. (Castillo, 2010)

En Bolivia al igual que en el resto de los países del mundo conforme ha ido transcurriendo el tiempo la temática ha tomado cierta relevancia, fundamentalmente con el afán de disminuir las brechas existentes en cuanto a salud se refiere.

Por esta razón el objetivo del presente documento es generar una propuesta para el desarrollo de un conjunto de datos básicos, comparables y homogéneos sobre la situación de los recursos humanos en salud.

El abordaje de la temática se ha hecho más evidente a partir del año 2005, sin embargo existen algunas entidades que incursionaron en el tema con anterioridad. A continuación se hará mención a los principales acuerdos regionales que se lograron en esta materia.

La *VII reunión regional de Observatorios de Recursos Humanos en Salud*, realizada en la ciudad de Toronto (Canadá), planteó abordar la problemática mediante cinco grandes desafíos, los cuales son: 1. Definir políticas y planes de Recursos Humanos en Salud a largo plazo, 2. Establecer una distribución Geográfica Equitativa de los Recursos Humanos en Salud, 3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de la salud, 4. Generar buenas relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud lo cual promueva ambientes de trabajo saludables y 5. Establecer un vínculo entre las universidades y los servicios de salud para adecuar la formación de los trabajadores de la salud. Estos 5 desafíos se

operativizan en 20 metas las cuales a su vez cuenta con un manual de indicadores cuyo propósito es proporcionar un documento estandarizado que a través del cual se monitorea el progreso y la consiguiente consecución de las metas planteadas durante la VII reunión (OPS, 2001).

Por su parte durante la *Reunión número XXXVII de Ministros del Área Andina* llevada a cabo en Santa Cruz – Bolivia durante el 2007, previo análisis del estado situacional de los Recursos Humanos en salud resuelve: 1. cumplir con los desafíos planteados en la VII reunión regional de Observatorios de RRHH, 2. hacer efectivo el derecho de los pueblos a la atención en salud, 3. crear espacios de coordinación entre los sectores de Salud – Educación – Trabajo, 4. buscar mecanismos de mejora de las condiciones de trabajo, 5. instruir al ORAS CONHU la creación de la Comisión Técnica de Recursos Humanos en Salud de la Sub Región Andina y finalmente 6. monitorear y evaluar el logro de las metas e indicadores vinculados a los cinco desafíos planteados en la VII Reunión Regional de Observatorios de RRHH (XXXVII Reunión d Ministros y Ministras de Salud del Área Andina – REMSAA, 2007).

De igual manera en la II Cumbre extraordinaria de la UNASUR realizada en Brasil en mayo de 2008 se establece diversas medidas a adoptar en el área de salud entre las cuales se encuentra la gestión y desarrollo de los RRHH en salud. En de esa manera que en el Plan quinquenal (2010-2015) del UNASUR, se establece como objetivo estratégico *fortalecer la conducción, formulación, implementación y gestión de los RR.HH de salud, en general y, en especial, en las áreas técnicas de la Agenda de Salud de UNASUR.* (UNASUR, 2010) (OPS, Consulta regional Recursos Humanos en Salud: Desafíos críticos, 2005)

En cumplimiento de lo establecido en la Trigésima Séptima Reunión de Ministros de Salud del Área Andina realizada en Santa Cruz de la Sierra durante el 2007 y en el marco de la alianza entre la OPS/OMS y el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS/CONHU), se convocó en el 2007 a un encuentro Subregional Andino realizado en noviembre del 2007 en La Paz – Bolivia, dicho encuentro permitió determinar las líneas de Acción del Plan Andino de Recursos Humanos en Salud, los cuales son: 1. Desarrollo de capacidades nacionales, 2. Definición de metas, seguimiento y evaluación, 3. establecimiento y consolidación de una Inteligencia Colectiva en Recursos Humanos en Salud, 4. educación en salud y 5. gestión de la migración. (ORAS-CONHU y OPS/OMS, 2008)

Para realizar esta propuesta se ha realizado de acuerdo a los siguientes lineamientos. Se ha tomado en cuenta el Manual de seguimiento y evaluación de los Recursos Humanos para la

Salud de la OMS (OMS, 2009), el conocimiento adecuado de un sistema de salud se debe conocer en primera instancia los elementos que la integran siendo el recurso humano el pilar fundamental, el cual desde el punto de vista de la formación y actividad laboral puede ser clasificado en:

1. Con formación sanitaria y ocupación sanitaria. Por ejemplo médicos que trabajan en un hospital
2. Con formación sanitaria y ocupación no sanitaria. Por ejemplo médicos que trabajan en la parte administrativa de una institución
3. Sin formación sanitaria y ocupación no sanitaria. Por ejemplo administradores que trabajan en la administración de un hospital o bien un cuidador de un establecimiento de salud
4. Sin formación sanitaria y ocupación sanitaria. Por ejemplo médicos tradicionales que coadyuvan en la asistencia clínica

Sin embargo los integrantes de cada una de estas categorías siguen un curso vital (Grafica Nro. 1), el cual se simplifica en:

1. **Eventos acaecidos antes del ingreso al sistema.** Durante este periodo el futuro integrante del sistema de salud empieza a crear sus competencias es de esa manera que podrá seguir una formación sanitaria, no sanitaria y/o no tener formación.
2. **Eventos acaecidos durante la permanencia en el sistema.** En este periodo se produce el ingreso del recurso humano al sistema de salud desempeñando sus actividades en el campo sanitario y no sanitario. A su vez esta labor la puede realizar en una determinada área (urbana y/o rural), institución (pública, privada), bajo una modalidad de contrato (eventual y/o permanente) y bajo una determinada escala salarial. Sin embargo en este periodo se debe también tomar en cuenta a aquel personal con formación sanitaria que se encuentra en situaciones de desempleo o que se dedica a labores no ligadas a su campo de formación (por ejemplo médico que trabaja como comerciante).

3. **Eventos que establecieron la salida del sistema.** La cual puede ser:
- Temporal. Cuyos factores están ligados a: accidentes y/o enfermedades, aspectos familiares, cumplimiento de la normativa institucional (asuetos, permisos, vacaciones, etc), entre otros. Que obligan al personal, de manera voluntaria y/o involuntaria, a alejarse de manera temporal de su fuente laboral.
  - Total. A diferencia del anterior en este aspecto se produce el alejamiento definitivo del personal de salud, cuyos factores están vinculados a: mortalidad, minusvalía, migración, jubilación, deficiente competencia laboral o incumplimiento de la normativa institucional, entre otros.

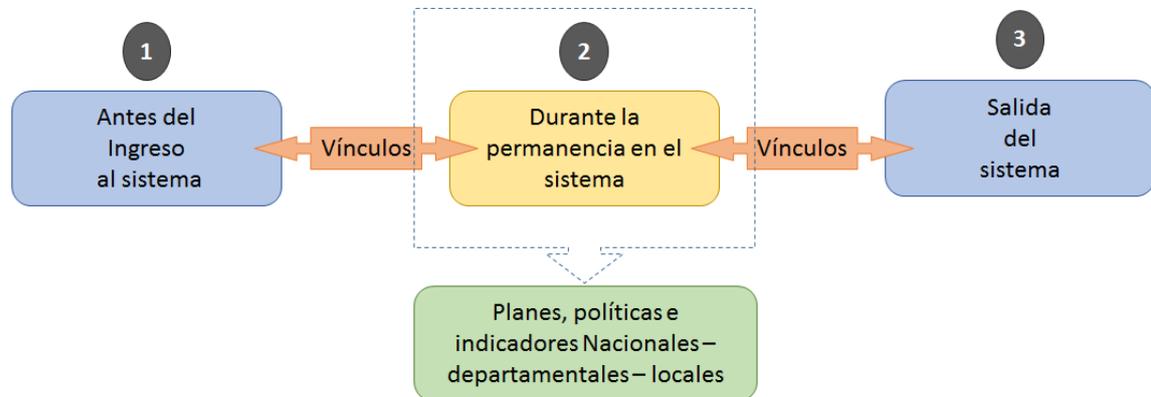
De acuerdo a lo anterior se van creando tres tipos de vínculos los cuales son:

1. Relacionan el primer componente del ciclo con el segundo, este vínculo se puede traducir a nivel interinstitucional es así que el sistema en base a sus requerimientos va planteando el tipo de personal a formar, en respuesta a este aspecto las instituciones formadoras adecuan sus currículas y/o crean nuevos programas de formación acorde a los requerimientos del sistema, estableciéndose de esta manera un feedback positivo entre uno y otro.
2. Relación al interior del segundo componente del ciclo, al igual que el anterior se traduce en el trabajo interinstitucional para el fortalecimiento de las actividades desarrolladas al interior del sistema que van en post de la mejora de la salud de la población.
3. Relacionan el segundo componente con el tercero, el cual más allá de ser un vínculo se enmarca en el cambio dinámico del sistema mismo que va estableciendo criterios de alejamiento temporal o total del personal.

Sin embargo estos elementos del ciclo así como sus vínculos se enmarcan en el cambio dinámico de las instituciones, las que fundamentalmente en el sector público boliviano derivan de los planes, políticas e indicadores; siendo estos últimos aquellos que corresponden a la dinámica poblacional (mortalidad, morbilidad, migración) en sus diversos estratos es decir como estado, departamento, municipio y/o localidad.

Gráfica Nro. 20

## Curso vital de los recursos humanos



Fuente: *Elaboración propia*

### Indicadores y fuentes de información

Acorde a lo establecido por diversos organismos internacionales y al análisis previo se plantean siguientes indicadores con sus respectivas fuentes de información:

Etapa 1: Antes del ingreso al sistema					
Indicador	Descripción	Numerador	Denominador	K	Fuente
Egresados de carreras del área de la salud	Proporción de egresados de una carrera del área de la salud	Número total de egresados de carreras del área de la salud	Número total de egresados de las universidades	-	Registros universitarios
Egresados por tipo de carrera del área de la salud	Proporción de egresados de una determinada carrera en salud (medicina, enfermería, otros)	Número de egresados de una carrera del área de la salud	Número total de egresados de carreras del área de la salud	-	Registros universitarios
Egresados de acuerdo al tipo de institución formadora	Proporción de egresados de una carrera del área de la salud de un determinado tipo de institución (pública o privada)	Número de egresados del área de la salud según tipo de institución	Número total de egresados de carreras del área de la salud	-	Registros del ministerio de educación
Formación público/privada	Razón de profesionales formados en un el ámbito público/privado	Número total de egresados en entidades públicas	Número total de egresados en entidades privadas	-	Registros del ministerio de educación
Formación postgradual en salud	Proporción de egresados del área de	Número total de egresados del área de	Número total de egresados	-	Registros universitarios

	la salud de un periodo académico específico que siguen una formación postgradual	la salud de un periodo académico específico, con formación postgradual			
Formación postgradual en un área específica	Proporción de egresados del área de la salud de un periodo académico específico, que siguen una determinada formación postgradual en salud (clínica o de Salud Pública)	Número de egresados del área de la salud (de un periodo académico específico), con formación postgradual clínica o de Salud Pública	Número total de egresados	-	Registros universitarios
Formación clínica/Salud Pública	Razón de profesionales formados en un ámbito	Número total de profesionales con formación clínica	Número total de profesionales con formación en Salud Pública	-	Registros del ministerio de educación
Programas de formación con componente comunitario	Proporción de programas de formación con componente comunitario	Número de currículas correspondientes a entidades formadoras de RHS de pre y post grado que incluyen el componente comunitario en salud	Número total de currículas correspondientes a entidades formadoras de RHS de pre y post grado en el sistema de educación Boliviano	-	Registros del ministerio de educación
Profesionales de otras áreas con formación postgradual en salud	Proporción de egresados de otras áreas (de un periodo académico específico), que siguen una determinada formación postgradual en salud	Número de egresados otras áreas (de un periodo académico específico), con formación postgradual en salud	Número total de egresados	-	Registros universitarios
Médicos tradicionales titulados/Médicos tradicionales reconocidos	Proporción de Médicos tradicionales titulados	Número total de médicos tradicionales titulados	Número total de médicos tradicionales reconocidos	-	Registros del Ministerio de Salud
Acreditación institucional	Proporción de entidades formadoras acreditadas	Número total de entidades de educación superior acreditadas	Número total de entidades de educación superior	-	Registros del ministerio de educación
Emigración de profesionales nacionales	Proporción de profesionales sanitarios nacionales titulados en el extranjero que emigraron	Número total de profesionales nacionales titulados en extranjero emigrantes	Número total de profesionales con formación sanitaria (titulados en el país + titulados en el extranjero*)	-	Registros del Ministerio de Salud
Emigración de profesionales extranjeros	Proporción de profesionales sanitarios extranjeros emigrantes	Número de profesionales sanitarios extranjeros emigrantes	Número total de profesionales con formación sanitaria (titulados en el país + titulados en el extranjero*)	-	Registros del Ministerio de Salud
<b>Etapas 2: Durante la permanencia en el sistema</b>					
Situación de empleo	Proporción de profesionales de la salud en situación de empleo.	Número total de profesionales de la salud empleados en el sistema de salud	Número total de profesionales con formación sanitaria	-	Registros del Ministerio de Salud

			(titulados en el país + titulados en el extranjero)		
Situación de pluriempleo	Proporción de profesionales de la salud que en la actualidad está empleada en más de un lugar	Número total de profesionales sanitarios que en la actualidad están empleados en más de un lugar	Número total de profesionales con formación sanitaria (titulados en el país + titulados en el extranjero*)	-	Registros del Ministerio de Salud
Situación de desempleo	Proporción de profesionales de la salud en situación de desempleo	Número de profesionales de la salud en situación de desempleo	Número total de profesionales con formación sanitaria (titulados en el país + titulados en el extranjero*)	-	Registros del Ministerio de Salud
Empleo/desempleo	Razón empleo/desempleo	Número total de profesionales en situación de empleo	Número total de profesionales en situación de desempleo	-	Registros del Ministerio de Salud
Distribución según subsector	Proporción de profesionales de la salud según subsector	Número de profesionales de la salud según subsector (público, seguridad social y privado)	Número total de profesionales con formación sanitaria (titulados en el país + titulados en el extranjero*)	-	Registros del Ministerio de Salud
Distribución de actividades en el sistema público	Proporción de profesionales de la salud que integran el sistema público, según tipo de actividad (médicos, enfermeras, etc)	Número de profesionales de la salud que integran el sistema público, según tipo de actividad (médicos, enfermeras, etc)	Número total de profesionales que integran el sistema público de salud	-	Registros del Ministerio de Salud
Razón médicos/enfermeras	Razón de médicos/enfermeras	Número de médicos	Número de enfermeras	-	
Recursos humanos en salud por 10.000 habitantes	Tasa de RHS por 10.000 habitantes	Número total de médicos + enfermeras en el año t	Total de la población boliviana en el año t	10.000	Registros del Ministerio de Salud
Recursos humanos en salud del subsector público por 10.000 habitantes	Tasa de RHS de subsector público por 10.000 habitantes	Número total de médicos + enfermeras en el subsector público en el año t	Total de la población boliviana que se atiende en el servicio público en el año t	10.000	Registros del Ministerio de Salud
Recursos humanos en salud de la seguridad social por 10.000 habitantes	Tasa de RHS de la seguridad social por 10.000 habitantes	Número total de médicos + enfermeras d la seguridad social en el año t	Total de la población boliviana afiliada a la seguridad social en el año t	10.000	Registros del Ministerio de Salud
Recursos humanos en salud del subsector privado por 10.000 habitantes	Tasa de RHS del subsector privado por 10.000 habitantes	Número total de médicos + enfermeras del subsector privado en el año t	Total de la población boliviana que se atiende en el sector privado en el año t	10.000	Registros del Ministerio de Salud
Distribución según actividad sanitaria	Proporción de RHS (profesionales y no profesionales de la salud) que forman	Número total de RHS (profesionales y no profesionales de la salud) que forman	Número total de profesionales que integran el sector público de	-	Registros de los SEDES Registros Municipales

	parte de los establecimientos con actividad sanitaria del sector público	parte de los establecimientos con actividad sanitaria del sector público	salud		
Distribución según actividad no sanitaria	Proporción de RHS (profesionales y no profesionales de la salud) que forman parte de los establecimientos con actividad sanitaria del sector público	Número total de RHS (profesionales y no profesionales de la salud) que forman parte de los establecimientos con actividad no sanitaria del sector público	Número total de profesionales que integran el sector público de salud	-	Registros de los SEDES Registros Municipales
Distribución por nivel de atención	Proporción de RHS (sanitarios y no sanitarios) según nivel de atención (primero, segundo o tercer nivel) del sector público	Número de RHS sanitarios y no sanitarios) según nivel de atención del sector público	Número total de profesionales que integran el sector público de salud	-	Registros de los SEDES Registros Municipales
RHS con formación en salud pública	Proporción de profesionales sanitarios que trabajan en el 1er nivel del sector público y que cuentan con una formación en salud pública	Número de profesionales que integran el sistema 1er nivel de atención del sector público con formación en salud pública	Número total de profesionales que integran el 1er nivel de atención del sector público de salud	-	Registros Municipales
RHS con formación en salud comunitaria	Proporción de profesionales sanitarios que trabajan en el 1er nivel del sector público y que cuentan con una formación en salud comunitaria y/o medicina familiar	Número de profesionales que integran el sistema 1er nivel de atención del sector público con formación en salud comunitaria y/o medicina familiar	Número total de profesionales que integran el 1er nivel de atención del sector público de salud	-	Registros Municipales
Coordinador de redes funcionales de Salud con formación específica	Proporción de gerentes en salud del sector público con formación en gerencia de servicios de salud	Número de gerentes en salud del sector público con formación en gerencia de servicios de salud	Número total de gerentes en salud que integran el sector público	-	Registros de los SEDES
Distribución del RHS según zona	Proporción de RHS que integran el sector público según zona (urbano/rural)	Número total de RHS que integran el sector público, según zona	Número total de RHS que integran el sector público en salud	-	Registros de los SEDES Registros Municipales
Distribución según departamento	Proporción RHS que integran el sector público según departamento	Número de RHS que integran el sector público según departamento	Número total de RHS que integran el sector público de salud	-	Registros de los SEDES
Distribución según sexo	Proporción de RHS que integran el sector público según sexo	Número de RHS que integran el sector público según sexo	Número total de RHS que integran el sector público de salud	-	Registros de los SEDES Registros Municipales
Mujeres/Hombres	Razón Mujeres/Hombres	Número total de RHS que integran el sector público de sexo femenino	Número total de RHS que integran el sector público de sexo masculino	-	Registros de los SEDES Registros Municipales
Distribución según grupo de edad	Proporción RHS que integran el sector público según grupo de edad	Número de RHS que integran el sector público en de un grupo de edad específico	Número total de RHS que integran el sector público de salud	-	Registros de los SEDES Registros Municipales
Distribución por modalidad de contrato	Proporción de RHS que integran el sector público según modalidad de contrato	Número de RHS que integran el sector público según modalidad de contrato	Número total de RHS que integran el sector público de salud	-	Registros de los SEDES Registros Municipales

	(permanente y/o eventual)				
Distribución según jornada laboral	Proporción de RHS con actividades sanitarias que integran el sector público según jornada laboral (turno)	Número de RHS con actividades sanitarias que integran el sector público según jornada laboral	Número total de RHS con actividad sanitaria que integran el sector público de salud	-	Registros de los SEDES Registros Municipales
Distribución según jornada laboral	Proporción de RHS con actividades no sanitarias que integran el sector público según jornada laboral (turno)	Número de RHS con actividades no sanitarias que integran el sector público según jornada laboral	Número total de RHS con actividades no sanitarias que integran el sector público de salud	-	Registros de los SEDES Registros Municipales
Distribución según escala salarial	Proporción de RHS que integran el sector público según escala salarial	Número de RHS que integran el sector público según escala salarial específica	Número total de RHS que integran el sector público de salud	-	Registros de los SEDES Registros Municipales
Distribución según fuente de financiamiento	Proporción de RHS que integran el sector público según fuente de financiamiento	Número de RHS que integran el sector público según fuente de financiamiento específica	Número total de RHS que integran el sector público de salud	-	Registros de los SEDES Registros Municipales
Distribución según protección del seguro social	Proporción de RHS que integran el sector público que cuenta con acceso a la seguridad social	Número de RHS que integran el sector público con un seguro social	Número total de RHS que integran el sector público de salud	-	Registros de los SEDES Registros Municipales
Migración interna	Proporción de RHS que realizaron su transferencia (de una región a otra) al interior del sector público	Número de RHS que realizaron su transferencia (de una región a otra) al interior del sector público	Número total de RHS que integran el sector público de salud	-	Registros de los SEDES Registros Municipales
Productividad del proveedor	Número relativo de tareas concretas llevadas a cabo por los trabajadores sanitarios	Número de tareas concretas llevadas a cabo durante un determinado periodo (p. ej. consultas ambulatorias, vacunaciones, intervenciones quirúrgicas) por un determinado proveedor de servicios de atención sanitaria	Número total de tareas concretas llevadas a cabo durante ese mismo periodo por todos los proveedores de servicios de atención sanitaria	-	Registros institucionales
<b>Etapas 3: Salida del sistema</b>					
Mortalidad	Proporción de RHS que integran el sector público cuya salida del sistema se produjo por fallecimiento	Número de RHS que integran el sector público fallecidos	Número total de RHS que integran el sector público de salud	-	Registros de los SEDES Registros Municipales
Ausentismo por morbilidad	Días de ausentismo del RHS debido a enfermedad	Número de días de ausencia del conjunto de los empleados durante un periodo determinado en el lugar de trabajo (en el que se presta atención sanitaria) a causa de enfermedad	Número total de días laborales previstos para el conjunto de los empleados durante ese mismo periodo y en ese mismo lugar de trabajo	-	Registros de los SEDES Registros Municipales
Ausentismo por morbilidad	Días de ausentismo del RHS debido a otro	Número de días de ausencia del conjunto	Número total de días laborales	-	Registros de los SEDES

	motivo	de los empleados durante un periodo determinado en el lugar de trabajo (en el que se presta atención sanitaria) a causa otro motivo	previstos para el conjunto de los empleados durante ese mismo periodo y en ese mismo lugar de trabajo		Registros Municipales
Minusvalía	Proporción de RHS que abandonan el sector público por minusvalía	Número de RHS que abandonan el sector público por minusvalía	Número total de RHS que integran el sector público de salud	-	Registros de los SEDES Registros Municipales
Migración externa	Proporción de RHS que abandonan el sector público por migración externa	Número de RHS que abandonan el sector público por migración externa	Número total de RHS que integran el sector público de salud	-	Registros de los SEDES Registros Municipales
Jubilación	Proporción de RHS que abandonan el sector público por jubilación	Número de RHS que abandonan el sector público por jubilación	Número total de RHS que integran el sector público de salud	-	Registros de los SEDES Registros Municipales
Despido	Proporción de RHS que abandonan el sector público por despido	Número de RHS que abandonan el sector público por despido	Número total de RHS que integran el sector público de salud	-	Registros de los SEDES Registros Municipales

### ***Periodicidad del proceso***

En virtud la dinámica con la cual se produce el paso de una etapa a la otra, la cual esta potenciada por la dinámica propia del sistema, la periodicidad en la recolección de la información debe de ser anual

### ***Análisis de la información***

La información obtenida, en cada uno de los niveles técnico-administrativos deberá de ser actualizada de manera periódica (una vez al año) esto con la finalidad de planificar y evaluar las acciones derivadas de la planificación inicial.

El nivel de especificidad del análisis dependerá del nivel de información que se tenga, de la desagregación que se requiera y del nivel técnico-administrativo que se encuentre realizando dicho análisis.

El análisis mínimo a desarrollar por nivel técnico-administrativo deberá de incluir:

1. Análisis descriptivo de los indicadores, para conocer el estado situacional de los RHS a nivel nacional. Este análisis se basa en obtener los indicadores listados con

anterioridad es decir las razones, proporciones y tasas; cuya información y análisis derivara del nivel nacional, departamental y/o municipal.

2. Correlación de los indicadores establecidos en el presente manual con indicadores de morbimortalidad para ver el impacto que tiene el RHS en las diferentes acciones y/o políticas emprendidas por el nivel nacional.

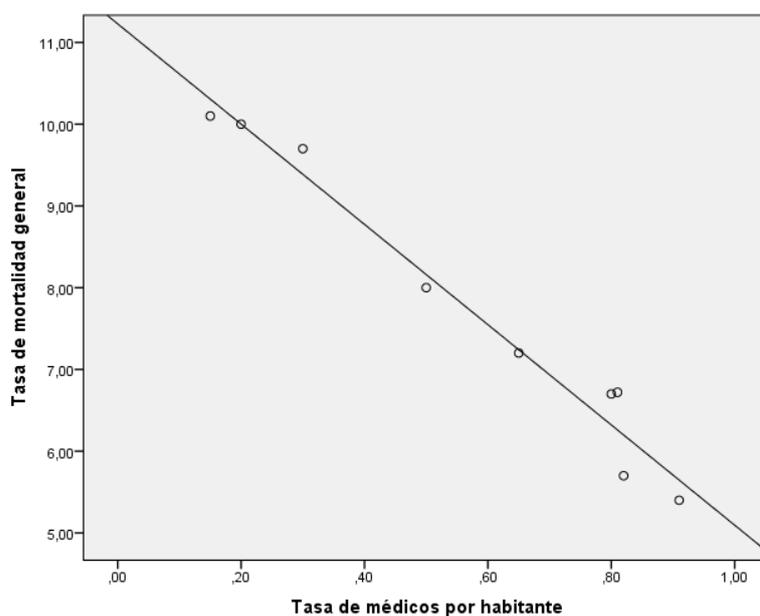
Para el mismo se utilizara la correlación de Pearson y de Sperman por ejemplo se tomara en cuenta los indicadores de distribución de recursos humanos y de morbimortalidad de enfermedades prevalentes estableciendo el grado de correlación entre los mismos el cual podrá ser:

- Correlación nula. Valor del estadígrafo menor a 0.25
- Correlación pobre valor del estadígrafo entre 0.25 y 0.45
- Correlación moderada. Valor del estadígrafo entre 0.45 y 0.55
- Correlación buena. Valor del estadígrafo entre 0.55 y 0.75
- Correlación muy bueno. Valor del estadígrafo mayor a 0.75

Esta correlación será graficada mediante gráficos de tendencia viendo de esta manera la influencia de una variable sobre otra por ejemplo:

**Gráfica Nro. 21**

**Correlación entre la mortalidad general y los médicos por habitante**



*Fuente: Elaboración propia con datos ficticios*

Este grafico nos permite establecer que conforme se incrementa la tasa de médicos por habiente la tasa de mortalidad va disminuyendo, constituyéndose en un dato de interés para la toma de decisiones.

3. Analítico para establecer posibles factores derivados del RHS que influyan en la salud de la población.

$$y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n + e$$

Dónde:

Variable dependiente:

- $y = \text{EDAS}$

Variables independientes o factores:

- $X_1 = \text{número de enfermeras}$
- $X_2 = \text{número de médicos}$
- $X_3 = \text{Salario del RHS}$

Estableciendo de esta manera los posibles factores vinculados con el desarrollo de enfermedades prevalentes como las EDAs.

## 6 Conclusiones

La generación de ítems de nueva creación, que parte del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas no tienen ningún patrón técnico, esto perjudica a una buena satisfacción de las necesidades, entre líneas se ha verificado que algunas Gobernaciones crean puestos laborales para el sector salud y otras no, lo mismo sucede con el municipio.

No existe normativa ni procesos técnicos identificados en los SEDES para ninguno de los tres procesos estudiados (cálculo de necesidades, distribución de RHUS ni movilidad), se identifica a las leyes, estatutos, decretos supremos, resoluciones ministeriales como la base de su funcionamiento, denotando que el manejo de las unidades de RRHH de los SEDES solamente es administrativo.

Al no haber normativa técnica para el cálculo de necesidades, ni distribución ni movilidad de los RHUS, estos procesos se hacen débiles en cuanto a su Gestión, las autoridades de los SEDES no tienen un sustento legal para distribuir de manera técnica y ceden a presiones gremiales, institucionales, sociales y hasta políticas.

## 7 Recomendaciones

La elaboración de una normativa técnica tipo “manual” para el cálculo de necesidades, distribución y movilidad de RHUS, en base a la normativa legal y científica, debe ser una prioridad para el Ministerio de Salud, siendo que este instrumento ayudaría mucho a la gestión de los RHUS en las unidades de los RRHH de los SEDES.

Se debería realizar una instrumentalización base para que los Reglamentos Específicos del SAP y otras que se han instituido en los SEDES y en base o parte de los manuales que se vayan a crear como un manual de procesos y procedimientos en estos tres aspectos específicos, para que se estandarice el trabajo.

Los sistemas de información sobre la cuantía y ubicación de los RRHH en salud debe brindar datos precisos para los manuales a crearse, puesto que estos daría un panorama específico para abordar el problemas y considerando también que ahora con los programas del Ministerio como “Mi Salud”, “Médicos Bono”, y otros como la “Residencia SAFCI”, y los que pertenecen al sistema público a cargo de las Gobernaciones y Municipios

Así como los privados, las ONG e Iglesias, existe la posibilidad real de que ocurran posibles duplicaciones.

En cuanto al conjunto de datos de uso regional que se propone, se debe promover un levantamiento adecuado de la información el cual permita desarrollar diversos tipos de análisis, los que a su vez establecerán una buena planificación. Se propone un listado extenso de indicadores a obtener, sin embargo puede reducirse, para este fin se recomienda establecer de manera interna y en base a los acuerdos y planes regionales, aquellos indicadores conocidos como trazadores siendo estos los que deben de ser el eje fundamental de una planificación estratégica como país, región y/o municipio.

De acuerdo al análisis previo y en base a la experiencia establecida por otros países se recomienda obtener información correspondiente al sector privado, seguridad social, ONGs, para completar la información.

## 8 Bibliografía

- Castillo, C. (Junio de 2010). *Recursos humanos para la salud en Chile*. Obtenido de Recursos humanos para la salud en Chile: <http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2013/09/RRHH-para-la-salud-en-Chile.pdf>
- Dever, A. (1991). *Epidemiología y administración de servicios de salud*. Meryland .
- Gordis, L. (2009). *Epidemiología*. Madrid: Elsevier.
- Malagon-Londoño, G. (2011). Salud Pública. En G. Malagon-Londoño, *Salud Pública* (págs. 641-646). Bogotá: Panamericana.
- Merino M. (2004) Equidad en la distribución de los recursos humanos en salud Bolivia, Ecuador, El Salvador y México Informe Final. Quito: OPS – OMS.
- Novick, Rosales (2006) “Desafíos de la Gestión de Recursos Humanos en Salud: 2005 – 2015”. Washington, D.C: OPS.
- OMS. (2009). *Manual de seguimiento y evaluación de los Recursos Humanos para la Salud*. Obtenido de Manual de seguimiento y evaluación de los Recursos Humanos para la Salud: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243547701\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243547701_spa.pdf)
- OMS – OPS (2005). Dotación de recursos humanos en salud: Nuevas perspectivas de análisis. Washington.
- OPS. (2001). Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. *Boletín Epidemiológico*, 1-5.
- OPS. (Septiembre de 2004). *Manual de análisis para la dotación de personal en establecimientos de salud*. Obtenido de Manual de análisis para la dotación de personal en establecimientos de salud: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/57-Manual\\_Analisis\\_dotacion\\_personal\\_establecimientos\\_salud.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/57-Manual_Analisis_dotacion_personal_establecimientos_salud.pdf)
- OPS. (Octubre de 2005). *Consulta regional Recursos Humanos en Salud: Desafíos críticos*. Obtenido de Consulta regional Recursos Humanos en Salud: Desafíos críticos: [http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos\\_institucional/decada%20de%20rhus/3-4-a-consultaregional.pdf](http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_institucional/decada%20de%20rhus/3-4-a-consultaregional.pdf)
- OPS. (Abril de 2010). *Indicadores de la metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015*. Obtenido de Indicadores de la metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015: [www.capacityproject.org/framework/es/docs/Regional](http://www.capacityproject.org/framework/es/docs/Regional)
- OPS. (Mayo de 2011). *Manual de medición y monitoreo de los Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud*. Obtenido de Manual de medición y monitoreo de los Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5696%3Amanual-de-medicion-y-monitoreo-de-indicadores&Itemid=2095&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5696%3Amanual-de-medicion-y-monitoreo-de-indicadores&Itemid=2095&lang=es)
- OPS/OMS. (3 de Octubre de 2010). *Modelos para el planeamiento de Recursos Humanos en salud*. Obtenido de Modelos para el planeamiento de Recursos Humanos en salud: [cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/6787/mod\\_folder/content/](http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/6787/mod_folder/content/)

OPS/OMS, O.-C. y. (Abril de 2008). *Plan Andino de Recursos Humanos en Salud*. Obtenido de Plan Andino de Recursos Humanos en Salud: <http://www.observatoriorh.org/andino/?q=node/9>

Torres, C. (2005). Indicadores trazadores de gestión hospitalaria. *Revista Chilena de Salud Pública*, 96-102.

UNASUR. (Abril de 2010). *Plan Quinquenal 2010 - 2015*. Obtenido de Plan Quinquenal 2010 - 2015: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/rins\\_documentosunasur/PQ%20UNASUR%20Salud.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/rins_documentosunasur/PQ%20UNASUR%20Salud.pdf)

Valdivia, G. (Agosto de 2007). *Epi-Centro*. Obtenido de Epi-Centro: <http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/index.htm>

*XXXVII Reunión d Ministros y Ministras de Salud del Área Andina – REMSAA*. (30 de Marzo de 2007). Santa Cruz , Santa Cruz, Bolivia . Obtenido de Remsaa XXXII.

# ANEXOS

## **Anexo 1**

Ministerio de Salud      ORAS CONHU

Distribución y movilidad de recursos humanos en salud.

Nombre..... Cargo.....

Distribución de RRHH en salud

1. ¿Cómo se les asigna los RRHH en salud desde el nivel central?
2. ¿Cuáles son las características del diagnóstico de necesidades de recursos humanos en salud que tienen?
3. ¿Qué planificación tienen en cuanto a recursos humanos?
4. ¿Cuál es el proceso de asignación de recursos humanos en el departamento?
5. ¿Nos pueden proporcionar la documentación que tengan sobre alguna de las preguntas?.

Movilidad RRHH salud

6. ¿Cómo se realiza la movilidad de RRHH?
7. ¿Cuál es la normativa e instrumentos que tengan sobre movilidad?.

## **Anexo 2**

Ministerio de Salud  
ORAS CONHU

### **Guía de Cuestionario: Distribución y Movilidad de Recursos Humanos en Salud Subsector Público Bolivia, diciembre 2014**

**Instrucciones:** Estimado/a colega, se está realizando una investigación para establecer las características de la distribución y movilidad de los RRHH en salud y así contar con esta valiosa información que proporcionará una base para la formulación de una normativa que regule estos dos procesos en los SEDES y de esta manera ir estructurando el observatorio de recursos humanos, la información se procesará precautelando su confidencialidad y el anonimato de las fuentes. Si es de su consentimiento por favor respondan las siguientes preguntas.

**SEDES:** .....

#### **Nombre y cargo de los participantes:**

1. Nombre..... Cargo.....
2. Nombre..... Cargo.....
3. Nombre..... Cargo.....

#### **Nombre un líder e indique sus datos:**

Nombre:..... Teléfono fijo: ..... Celular:  
.....  
Correo electrónico: .....

#### **Sobre los procesos de distribución, explique por favor detalladamente lo siguiente:**

1. Pasos para identificar las necesidades de recursos humanos y realizar la solicitud al Ministerio de Salud.

Si utiliza algunos instrumentos o normativas en este procedimiento por favor menciónenlos:

- a.....
- b.....

En su trabajo usa alguno de las siguientes variables o indicadores para la distribución del personal de salud, para llenar las filas la segunda columna debe indicar si

Variable o indicadores	Si/no	¿Cuál es el nivel mínimo de desagregación geográfica de la variable?	¿Cuál es la fuente de donde obtiene los datos?	¿Qué grado de confianza merece esta fuente?	¿De que año o mes son los datos que utiliza?
No. De médicos					
No. De enfermeras licenciadas					

No. de enfermeras auxiliares					
Mortalidad					
Morbilidad					
Necesidades básicas insatisfechas					
Nombre otros indicadores que use	¿Cuál es el nivel mínimo de desagregación geográfica del indicador?	¿Cuál es la fuente de donde obtiene los datos?	¿Qué grado de confianza merece esta fuente?	¿Con que tiempo de retraso en años o meses son los datos que utiliza para estos cálculos?	

2. Una vez recibida la dotación de recursos humanos del Ministerio de Salud, mencione los pasos que realiza para la asignación de los puestos, en el SEDES.

Si utiliza algunos instrumentos o normativas en este procedimiento por favor menciónenlos:

a.....  
b.....

3. Una vez recibida la dotación de recursos humanos del Ministerio de Salud, mencione los pasos que realiza para realizar la “convocatoria”, si esta existe, en caso contrario mencione por que no se realiza esta

Complete por favor el siguiente cuadro

Año	Convocatoria si/no	Razón por la que no se realizó la convocatoria
2000		
2001		
2002		
2003		
2004		
2005		
2006		
2007		
2008		
2009		
2010		
2011		
2012		
2013		
2014		

Si utiliza algunos instrumentos o normativas en este procedimiento por favor menciónenlos:

- a.....  
b.....

**Sobre los procesos de movilidad, explique por favor detalladamente lo siguiente:**

1. Explique el procesos de promoción

Si utiliza algunos instrumentos o normativas en este procedimiento por favor menciónenlos:

- a.....  
b.....

4. Explique el proceso de rotación

Si utiliza algunos instrumentos o normativas en este procedimiento por favor menciónenlos:

- a.....  
b.....

5. Explique el proceso de transferencia

Si utiliza algunos instrumentos o normativas en este procedimiento por favor menciónenlos:

- a.....

b.....

6. Explique el proceso de retiro

Si utiliza algunos instrumentos o normativas en este procedimiento por favor menciónenlos:

a.....

b.....

Si hubiera otro tipo de movilidad (cambio voluntario o por designación) explique cómo se realiza mencione por favor los instrumentos utilizados?

Usted tiene el reglamento específico del SAP	Sí	No
Diría que el uso de este reglamento específico del SAP es:		Nada
poco		
mucho		
Gracias		



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas