

**Ministerio de Salud y Deportes
Jefatura Nacional de Recursos Humanos en Salud
Organización Panamericana de la Salud (OPS)**



Documento Técnico Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud Metas - Bolivia



La Paz 06 Noviembre de 2013

Elaboración Técnica:

Dr. Carlos A. Barrero Ortega

Medico Salubrista Epidemiólogo
Consultor Externo contratado por
OPS/OMS para desarrollar la 2da medición
metas RH en salud.

Autoridades Nacionales

Dr. Juan Carlos Calvimontes
MINISTRO DE SALUD y DEPORTES

Dr. Martin Maturano Trigo
VICE MINISTRO DE SALUD

Lic. Gloria Villarroel
JEFE NAC. UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

Ing. Gabriel Vega Malaga
DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACION

Dr. Rubén Colque
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD

Dra. Freslinda Flores
DIRECTOR GENERAL DE SEGUROS DE SALUD

Análisis Elaborado por:

MSc Dr. Carlos Adolfo Barrero Ortega

Medico Salubrista Epidemiólogo

Consultor Externo OPS/MSD

Coordinación y Supervisión técnica

Lic. Gloria Villarroel

Jefe Nacional Unidad de RHUS MSyD

Dr. Rubén Colque

Director General Servicios de Salud MSyD

Dra. Gabriela Lima

Apoyo técnico Coord. Nacional Proyecto APL III

Lic. Hugo Rivera

Oficial Técnico OPS/OMS Bolivia

Coordinación General

Dr. Michel Thieren

Representante OMS/OPS Bolivia

Glosario Términos

APS	Atención Primaria de Salud
APL III	Proyecto 3ra Fase convenio Banco Mundial / Ministerio Salud Bolivia
CENACU	Comité Nacional de Acreditación de las Carreras Universitarias
CNIDAI	Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación
CNPV	Censo Nacional de Población y Vivienda
CPT	Coparticipación Tributaria (Ley 1151)
CRIDAI	Comité Regional de Integración Docente Asistencial e Investigación
D.S.	Decreto Supremo
HIPIC	Fondos de Dialogo Nacional II
IDH	Impuesto Directo a los Hidrocarburos
INASES	Instituto Nacional de Seguros de Salud
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
MSyD	Ministerio de Salud y Deportes
ODMs	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RHUS	Recursos Humanos en Salud
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SAP	Sistema de Administración de Personal
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SNIS/VE	Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica
SSPAM	Seguro de Salud para el Adulto Mayor
SUMI	Seguro Universal de Salud Materno Infantil
TGN	Tesoro General de la Nación

Contenidos:

	Pagina
Glosario Términos	4
INTRODUCCION	6
DESAFIO 1: DEFINIR POLÍTICAS Y PLANES DE LARGO PLAZO PARA ADAPTAR LA FUERZA LABORAL A LOS CAMBIOS PREVISTOS EN LOS SISTEMAS DE SALUD.	8
Desafío N°1: Porcentajes de cumplimiento comparativo 1ra y 2da Medición Metas Regionales de los Recursos Humanos en Salud.....	19
DESAFIO 2: UBICAR A LAS PERSONAS IDÓNEAS EN LOS LUGARES ADECUADOS, DE MANERA DE LOGRAR UNA DISTRIBUCIÓN EQUITATIVA DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN	20
Desafío N°2: Porcentajes de cumplimiento comparativo 1ra y 2da Medición Metas Regionales de los Recursos Humanos en Salud.....	27
DESAFIO 3: PROMOVER ACCIONES NACIONALES E INTERNACIONALES PARA QUE LOS PAÍSES AFECTADOS POR LA MIGRACIÓN CONSERVEN A SU PERSONAL SANITARIO Y EVITEN CARENCIAS EN SU DOTACIÓN.....	28
Desafío N°3: Porcentajes de cumplimiento comparativo 1ra y 2da Medición Metas Regionales de los Recursos Humanos en Salud.....	31
DESAFIO 4: GENERAR AMBIENTES DE TRABAJO SALUDABLES QUE PROPICIEN EL COMPROMISO CON LA MISIÓN INSTITUCIONAL DE GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BUENA CALIDAD PARA TODA LA POBLACIÓN	32
Desafío N° 4: Porcentajes de cumplimiento comparativo 1ra y 2da Medición Metas Regionales de los Recursos Humanos en Salud.....	38
DESAFIO 5: CREAR MECANISMOS DE COOPERACIÓN ENTRE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y DE SERVICIOS DE SALUD PARA PRODUCIR PROFESIONALES SANITARIOS SENSIBLES A LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD Y CALIFICADOS.....	38
Desafío N° 5: Porcentajes de cumplimiento comparativo 1ra y 2da Medición Metas Regionales de los Recursos Humanos en Salud.....	43
CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES TECNICAS	44

INTRODUCCION

El Gobierno del Estado Plurinacional Boliviano a través del Ministerio de Salud y Deportes esta reafirmando su compromiso asumido en la 7ma reunión de los observatorios de Recursos Humanos de las Américas realizada en Toronto Canadá el 2005 con el "Llamado a la Acción de Toronto" para una década de Recursos Humanos para la Salud en 2005 y la adopción por parte de los estados miembros de las Metas Regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015, proceso técnico que está recibiendo y aportando un intenso intercambio de experiencias y generación de información para fortalecer el sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud (APS), insumos y experiencias que están siendo tomados en cuenta para fortalecer la universalización de la atención y aplicación de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) como nuevo modelo de salud para el país

El Ministerio de Salud y Deportes pese al trabajo desplegado hasta ahora, conserva su compromiso institucional para desarrollar y consolidar una agenda estratégica de fortalecimiento y perfeccionamiento de sus políticas en recursos humanos, fortalecer alianzas estratégicas de cooperación técnico-financiera que permita movilizar recursos y capacidades para dar respuesta a los problemas persistente y comunes como la; escasez de recursos humanos en función de las necesidades de salud de la población, limitaciones en la calidad de formación, en el desempeño de los trabajadores y profesionales de la salud, deficiencias de concertación y coordinación interinstitucional e intersectorial de los entes gestores sectoriales y formadores de recursos humanos que no solo requieren de consensos comunes sino de una alta voluntad política de cambio para que equipos nacionales logren evaluar sus avances y aprender de sus aciertos en materia de políticas y estrategias de gestión de los recursos humanos en salud en el corto, mediano y largo plazo.

Como antecedente para el año 2009 nuestro país logro aplicar por primera vez la metodología de medición de las 20 metas regionales de recursos humanos, que permitió establecer una línea basal de información, identificar necesidades de información, fortalecer la capacidad de planificación, proponer mejoras a la calidad de las políticas públicas, responder y generar consensos con otros actores institucionales formadores de recursos humanos para la implementación de políticas y de alguna manera avanzar en la construcción de alianzas estratégicas para movilizar recursos y lograr el desarrollo sostenible de los sistemas de salud y de sus recursos humanos.

Es en este sentido que el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia a través de la Jefatura Nacional de Recursos Humanos con el apoyo técnico de OPS, ha logrado consolidar asistencia técnica especializada para desarrollar evaluación intermedia de los cinco desafíos y 20 metas regionales de recursos humanos y movilizar por segunda vez a los actores nacionales claves del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de los recursos humanos en salud que ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs), las prioridades nacionales de salud expresadas en el nuevo modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2015 en vigencia.

El presente documento técnico expone para cada uno de los Cinco Desafío los resultados de avance intermedio como 2da medición de las metas regionales de recursos humanos para nuestro país.

Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud Metas Bolivia

DESAFIO 1: DEFINIR POLÍTICAS Y PLANES DE LARGO PLAZO PARA ADAPTAR LA FUERZA LABORAL A LOS CAMBIOS PREVISTOS EN LOS SISTEMAS DE SALUD.

El primer desafío de Toronto está operativizado en cinco metas que abarcan diferentes ámbitos del quehacer de los recursos humanos, desafío que se centran sobre todo en el tema de la política y la planificación, y en la capacidad de las direcciones de recursos humanos para liderar la gestión y posicionamiento del tema en los respectivos Ministerios de Salud y en el propio sector de la salud de cada país. Estos fueron sus resultados para la 2da medición intermedia metas Bolivia:

META 1: Todos los países de la Región habrán logrado una Razón de Densidad de Recursos Humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes

CATEGORIA	TOTAL
MEDICO (1)	8.929
ENFERMERA (1)	5.158
ENFERMERAS OBSTETRICES (2)	8
PARTERAS (3)	0
POBLACION (4)	10.027.254
DENSIDAD DE RH EN SALUD	14.1

Fuentes: MSyD Censo Nacional RHUS año 2011
 INASES Anuario Bioestadísticas año 2011

- (1) Se contabilizo a médicos y enfermeras profesionales que trabajan como una persona a tiempo completo en establecimientos de salud del sub sector público y seguridad social año 2011.
- (2) El Censo Nacional RHUS del Sub Sector Público registro oficialmente 8 Lic. Enfermeras Obstetrices¹.
- (3) El país no cuenta con parteras, matronas profesionales, ya que se refiere a personal con formación universitaria o de institutos técnico, excluyendo a las parteras empíricas/tradicionales o entrenadas en programas de atención comunitaria, parto domiciliario con los que sí cuenta el país.
- (4) INE Bolivia: Según datos de proyección población para el país año 2011 se considera para el país 10.624.575 habitantes y los datos oficiales del últimos del Censo Nacional de Población y Vivienda año 2012 registra un total de 10.027.254 habitantes para todo el país, situación diferencia que permitió tomar la decisión técnica de considerar el dato oficial (2012) como denominador del indicador para el cálculo de la Meta 1 para la 2da medición.

Indicador propuesto y evaluado por segunda vez, logro ser mejorado en el cálculo del indicador propuesto por la metodología por dos factores fundamentales que mencionaremos a continuación; en primera instancia por la decisión política del Ministerio de Salud y Deportes de ejecutar con el apoyo de la cooperación internacional el registro/actualización nacional de los recursos humanos que trabajan en el sub sector publico de todo el país año 2011 y en segundo lugar por la disponibilidad de datos estadísticos de los recursos humanos que trabajan en la seguridad social estatal, seguros sociales y seguros sociales delegados publicados oficialmente por el Instituto Nacional de Seguros de

¹ Hacer mención que el Ministerio de Salud con el apoyo de la Facultades de Enfermería Universidad Autónoma San Xavier de Chuquisaca, Carrera Enfermería Universidad Autónoma Juan Misael Saracho de Tarija y la Carrera de Enfermería Universidad Autónoma Siglo XX Potosí en la actualidad ejecutan programas de formación profesional de enfermeras obstetrices comunitarias para el año de análisis están en pleno procesos de incorporación gradual a los equipos de atención primaria de salud por parte de las autoridades sectoriales del nivel regional y local.

Salud (INASES) a través de sus reportes oficiales². No existiendo otros datos estadísticos oficiales correspondientes a los otros sub sectores que forman parte del Sistema Nacional de salud.

Conclusión Meta N°1; La Densidad de Recursos Humanos para el país es **14.1** siendo la sumatoria total del número de médicos, enfermeras profesionales y enfermeras obstétricas a tiempos completos entre la población total de Bolivia por 10.000 habitantes.

Análisis Comparativo 1ra y 2da medición Meta N°1: La 1ra medición (2009) registró **8.9** de densidad de recursos humanos por cada 10.000 habitantes, lográndose en la 2da medición una diferencia positiva en **+ 5.2 puntos de densidad** de recursos humanos.

A partir del número total de personal de salud proveniente de los registros administrativos de las dos instituciones más grandes como es el sub sector público y el sub sector de la seguridad social del Sistema de Salud Nacional, conseguimos aproximar la siguiente densidad de los recursos humanos por cada 10.000 habitantes para cada uno de estos dos sub sectores como se puede observar en el cuadro siguiente;

Cuadro N°1
Razón de densidad de RHUS por 10.000 habitantes
Por Sub Sectores Bolivia 2011

Total Poblacion Bolivia *	Sub Sectores	Total RHUS Medicos	Total RHUS Enfermeras	Total RHUS (Medicos + Enfermeras Graduadas)	Resultados META N°1 (2013)
10.027.254	Publico	5.340	3.203	8.543	8,5
	Seguridad Social	3.590	1.963	5.553	5,5
	Total	8.929	5.166	14.095	14,1

* Resultados INE CNPV año 2012
 Fuentes: Censo Nacional RHUS (MSyD) y INASES Anuario Bioestadístico 2011
 Elaboracion: Propia 2da medición metas regionales RHUS año 2013

Si aplicamos una resta aritmética simple del registro total de **10'.027.254** habitantes que nos brinda el ultimo CNPV para todo el país³; Según reportes del INASES aproximadamente es de **3'647.093** habitantes (36.8%) estarían protegidos por el Sub Sector de la Seguridad Social⁴, con este dato la restante población de **6'380.161** habitantes (63.2%) indirectamente estaría bajo responsabilidad del Sub Sector Publico considerando que para este análisis no se dispone de información de los RHUS y población protegida por los otros sub sectores que conforman el Sistema de Salud Boliviano.

Si aplicamos estos datos poblacionales aproximados y exponemos estos datos poblacionales como denominador del indicador de la meta N°1 para aproximar un cálculo de la densidad de los recursos humanos en salud para estos dos sub sectores se tendrían los siguientes resultados de distribución por departamentos, sub sectores y la razón de densidad de los recursos humanos; Con los datos del siguiente cuadro (2) podemos aproximar un análisis exponiendo que; Los departamentos del eje central que concentran el mayor número de habitantes muestran un promedio de **12.7** de densidad de RHUS por cada 10.000 habitantes (La Paz 14.2, Cochabamba 13.7 y Santa Cruz el 10.2). Los departamentos con poblaciones entre 500.000 a 850.000 habitantes muestran una razón promedio de **19.3** de densidad de RHUS por cada 10.000 habitantes (Chuquisaca 24.7 y Potosí 13.9) y los

² INASES/MSyD; Anuario Bioestadístico año 2011.

³ INE: Censo Nacional de Población y Vivienda año 2012 (datos publicados oficialmente)

⁴ INASES; Anuario Bioestadística año 2011.

Departamentos con poblaciones menores a 50.000 habitantes exponen una razón promedio de 18.1 de densidad de RHUS por cada 10.000 habitantes (Oruro 14.7, Tarija 20.4, Beni 14.4 y Pando 23.0).

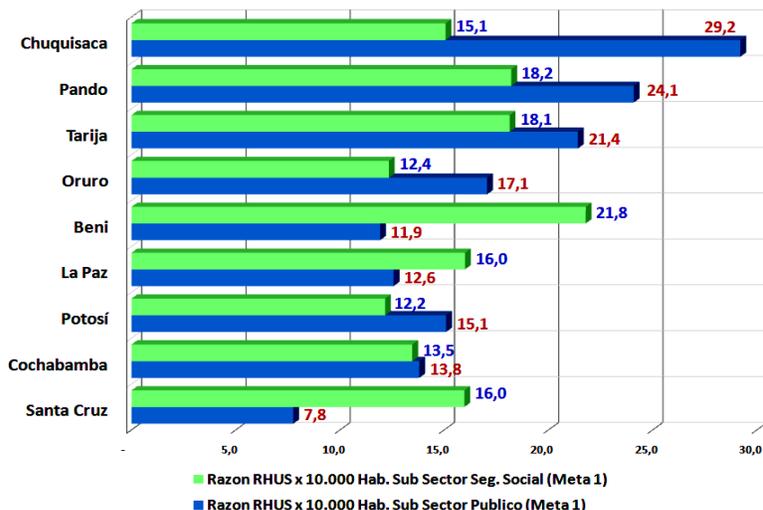
Cuadro N°2
Distribucion de los Recursos Humanos en Salud por Departamento
y Sub Sector Publico, Seguridad Social Bolivia (2011)

Departamentos	Poblacion Total*	Sub Sector Publico			Sub Seg. Social			Razon Total RHUS x 10.000 Hab. (Meta 1)
		Med.	Enfer.	Total	Med.	Enfer.	Total	
Beni	421.196	235	144	379	165	61	226	14,4
Chuquisaca	576.153	603	539	1.142	170	109	279	24,7
Cochabamba	1.758.143	1.187	471	1.658	478	273	751	13,7
La Paz	2.706.351	1.225	600	1.825	1.279	731	2.010	14,2
Oruro	494.178	222	201	423	190	115	305	14,7
Pando	110.436	123	94	217	29	9	38	23,0
Potosí	823.517	419	319	738	267	141	408	13,9
Santa Cruz	2.655.084	961	481	1.442	839	435	1.274	10,2
Tarija	482.196	365	356	721	175	89	264	20,4
TOTAL	10.027.254	5.340	3.203	8.543	3.590	1.963	5.553	14,1

* INE; Reporte oficial del Censo Nacional de Poblacion y Vivienda año 2012
 Fuentes: Registros del Censo Nacional RHUS Ministerio de Salud año 2011
 Anuario Bioestadístico INASES año 2011
 Elaboracion: Propia 2da Medicion Metas Regionales RHUS año 2013

En la siguiente grafica podemos apreciar que para el Sub Sector Publico el Departamento de Chuquisaca expone 29.2 como la mayor razón de densidad de RHUS por cada 10.000 habitantes, seguido por Pando con 24.1 de razón de densidad y el Departamento de Santa Cruz con el menor dato promedio 7.8 de razón de densidad de RHUS por cada 10.000 habitantes. Para el Sub Sector de la Seguridad Social el Departamento del Beni expone el mayor promedio 21.8 de razón de densidad de RHUS por cada 10.000 habitantes, seguidos por Pando (18.2) y Beni (18.1) y los Departamentos de Cochabamba (13.5), Oruro (12.4) y Potosí (12.2) donde se muestran los más bajos indicadores de razón de densidad de recursos humanos.

Grafica N° 1
Razon de Densidad RHUS por 10.000 Hab Total Departamentos
y por Sub Sectores Publico y Seguridad Social (año 2011)



El propósito de mostrar el anterior análisis a los entes gestores sectoriales nos permite expresar, concluir y recomendar los siguientes aspectos técnicos:

- El Ministerio de Salud y Deportes deberá; fortalecer, actualizar y consolidar el SOHORE como sistema informático nacional de los RHUS incorporando de manera gradual y sostenida los registros generados por los otros Sub Sector de la Seguridad Social, Iglesia, ONGs y privados que permita no solo tomar decisiones sino disponer de información actualizada, valida y confiable para nuestro país.
- En cuanto a la racionalidad de la meta donde se expresa que por debajo de 25 por 10.000 son pocos países los que consiguen alcanzar metas mínimas de salud relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Ante esta situación la primera recomendación técnica es poder lograr y aproximar una estandarización nacional de “Indicadores de densidad de RHUS máximos y mínimos” según número de habitantes tomando en cuenta las poblaciones metropolitanas (ciudades de la Paz, Cochabamba y Santa Cruz), poblaciones urbanas intermedias y poblaciones rurales.
- La disponibilidad de estos indicadores de densidad de RHUS máximos y mínimos como normas estandarizadas nacionales, permitiría a los entes gestores del sistema de salud público generar procesos de gestión y negociación de recursos financieros con los Gobiernos Autónomos Departamentales, Gobiernos Autónomos Municipales para que en primera instancia se logre identificar sus necesidades de densidad de RHUS, planificar-proyectar sus necesidades que permita cubrir estratégicamente sus “Brechas” de dotación de RHUS en el mediano y largo plazo.
- El Ministerio de Salud y Deportes y las Direcciones Nacionales de Recursos Humanos en Salud, Planificación y Servicios de Salud deberán por lo tanto lograr definir; *¿Cuáles serán las razones de densidad máximas y mínimas que se podrían alcanzarse por cada nivel de atención?* que permita en primera instancia disminuir la brecha de densidad negativa de 11.6 para lograr cumplir con la meta N°1 y en segunda instancia mejorar la toma de decisiones gerenciales y planificación estratégica en cuanto a la dotación de los RHUS para el sub sector publico.

META 2: Las proporciones Regional y Subregional de médicos de Atención Primaria excederán el **40%** de la fuerza laboral médica total.

CATEGORIA	TOTAL
TOTAL DE MÉDICOS (1)	8.764
MÉDICOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (2)	2.912
% DE MÉDICOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	33,2%

Fuentes: MSyD Censo Nacional RHUS año 2011
 INASES Anuario Bioestadísticas año 2011

(1) Se contabilizo a médicos que trabajan en los servicios de 1er, 2do y 3er nivel de atención como una persona a tiempo completo de los establecimientos de salud del sub sector público y la seguridad social a corto plazo año 2011.

(2) Se contabilizo a médicos que trabajan en los servicios del 1er nivel de atención como una persona a tiempo completo en establecimientos de salud del sub sector público y seguridad social año 2011.

De las fuentes de datos se logro determinar que del total 8.929 médicos; **8.764** médicos estuvieron trabajando a tiempo completo en los servicios de salud del 1er, 2do y 3er niveles de complejidad; **59.0%** (5.175) de médicos pertenecen al sub sector público y el **41.0%** (3.590) al sub sector de la

seguridad social. Según registros **2.912** médicos estuvieron asignados y trabajando en el 1er nivel en la atención primaria de salud; **71.4%** (2.078) de los médicos a tiempos completos en el sub sector público y el restante **28.6%** (834) de médicos a tiempos completos en el sub sector de la seguridad social a corto plazo como se puede observar en el cuadro siguiente (3).

Cuadro N°3
RELACION PORCENTUAL MEDICOS QUE TRABAJAN EN EL 1ER NIVEL CON EL
N° TOTAL MEDICOS QUE TRABAJAN EN TODOS LOS NIVELES DE ATENCION
POR SUB SECTORES TOTAL BOLIVIA (2011)

SUB SECTORES	Conversion a Tiempos Completos*	Total Rh Medicos Generales que trabajan en el 1er Nivel	% RH Medicos que trabajan 1er Nivel
	Medicos		
1er nivel	2.380	2.078	40,2%
2do nivel	1.271		
3er nivel	1.525		
Sub total Sector Publico	5.175	2.078	
Seguridad Social del Estado	3.324	755	23,2%
Seguridad Social	266	80	
Sub total Sector Seg. Social	3.590	834	
TOTAL BOLIVIA	8.764	2.912	33,2%

* Sumatoria total de los Rh medicos que trabajan en el 1er, 2do y 3er nivel de atencion
 Fuentes: Censo Nacional RHUS (MSyD) y INASES Anuario Bioestadístico 2011
 Elaboración: Propia 2da medición metas regionales RHUS año 2013

Conclusión Meta N°2; El porcentaje de médicos de atención primaria para el país es: **33.2%**, de este porcentaje total el **40.2%** (2.078) médicos del sub sector publico están asignados a la atención primaria y aproximadamente el restante **23.2%** (834) médicos del sub sector de la seguridad social estarían trabajando en la atención primaria de salud.

Análisis Comparativo 1ra y 2da medición: La 1ra medición (2009) registró **30.0%** de médicos trabajando en atención primaria de la salud y los resultados de la 2da medición muestra una mejora del indicador en **+ 3.2%** de médicos asignados y trabajando en los servicios de atención primaria de la salud. Existiendo la necesidad ideal propuesta por la metodología poder lograr y superar una brecha negativa de **6.8%** que en valores numéricos representaría aproximadamente **+/- 600** nuevos contratos de médicos a tendrían que ser requeridos y asignados a tiempos completos para los servicios de atención primaria de la salud hasta el 2015.

Para mejorar el cumplimiento de la Meta N°2 se sugieren y recomiendan desarrollar las siguientes acciones técnicas identificadas en las plenarios por los actores claves participantes del 2do taller nacional de medición intermedia de las metas regionales de recursos humanos⁵;

1. Es importante continuar y sostener los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud y Deportes para lograr sostener una imagen real del RHUS asignados al 1er nivel de atención nacional y que estén aplicando a cabalidad la APS. En el entendido en el equipo de salud básico para aplicar el modelo SAFCI según normas (DS 29601) este es multidisciplinario, por lo tanto se requiere de personal de salud (médicos, enfermeras, enfermeras obstetricas, técnicos en salud y otros profesionales) con amplias capacidades profesionales y destrezas técnicas en Atención Primaria de la Salud (APS), enfoque de interculturalidad, integralidad, procesos de gestión y planificación participativa de la salud, altamente comprometido e incentivado para cumplir los objetivos del modelo SAFCI.

⁵ MSyD; Salón Auditorio ciudad de La Paz Bolivia en fechas 08 y 09 octubre de 2013.

2. Se requieren conocer ¿Cuáles son los parámetros? de inducción-capacidades-acción-impacto de un equipo básico y/o multidisciplinario de salud exigido en la norma SAFCI no solo para atender de manera integral la salud sino fortalecer sostenidamente en los niveles locales los procesos de Promoción-Prevención-Gestión del modelo, en la realidad de lo que se requiere conocer son esos parámetros que permitirá definir criterios de prioridad más claros en cuanto a que tipo de población estaría bajo responsabilidad de estos equipos y así conocer el número de equipos de APS que se requerirían conformar en el sub sector público. (esto también está expresado para la Meta 3).
3. Es necesario disponer del dato en detalle de la actual disponibilidad de los equipos de salud que están trabajando en el 1er nivel de atención en todo el país, considerando que el modelo de atención SAFCI exige aplicar esta estrategia a través de un “Equipo Multidisciplinario de Salud” dato que permitiría no solo medir este indicador, sino conocer los requerimientos de formación de los RHUS que actualmente lleva adelante las universidades.
4. Para cumplir con estas recomendaciones técnicas, se exhorta a las autoridades del Ministerio de Salud y Deportes deberá convocar en el corto plazo a un taller nacional para discutir más ampliamente el tema de los equipos de salud, definir en consensos y acuerdos; *¿Cuál será el ámbito de intervención, características poblacionales, criterios de selección-intervención, definición de normas, procesos y procedimientos, indicadores de rendimiento a corto, mediano y largo plazo, etc.?*

META 3: Todos los países habrán formado Equipos de Atención Primaria de Salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar Redes de la comunidad.

Indicador analizado y construido según metodología participativa en trabajo de grupo focal por actores claves invitados al 2do taller nacional⁶ para la Medición de las Metas Regionales de los recursos humanos en salud.

Preguntas	Puntaje
1. Si existe una Política Nacional que impulse la creación y operación equipos de atención primaria de la salud / 10	5
2. Qué porcentaje (< 20%) de la población total del país está cubierta por los equipos de atención primaria de salud / 10	2
3. Si se utilizan Redes Comunitarias el Programa de Atención Primaria de la Salud / 10	10
4. Si se cubre el programa a poblaciones vulnerables / 10	4
5. Las poblaciones que son cubierta por los equipos de atención primaria de la salud son; <i>Mujeres embarazadas de alto riesgo, niños, adultos mayores y personas con discapacidad</i> / 10	4
6. Los grupos de trabajadores de la salud son generalmente incluidos en los equipos básicos de atención primaria de la salud son los siguientes; <i>médicos, enfermeras y auxiliares (técnicos) de enfermería</i> / 10	6
7. El conjunto de competencias amplias que son requeridas actualmente en los equipos de atención primaria de la salud son; <i>Diagnostico y manejo de</i>	10

⁶ Salón “El Auditorio” de la ciudad de la Paz Bolivia en fechas 08 y 09 de octubre 2013.

condiciones crónicas y agudas, Cuidado pre-natal y post-natal, Prevención de enfermedad y discapacidad, Crecimiento y desarrollo, rehabilitación después de enfermedad (seguimiento) y la Coordinación de los servicios de atención de la salud para poblaciones a alto riesgo (referencia) 10	
Total Puntaje	41
Total Indicador / 70 equivale al 100%	41/70

- (1) A través de la promulgación del D.S. 29601 se ha implementado un nuevo modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que en su Art. 6to inciso "A"; enfoca la atención de manera intercultural e integral (Promoción de la Salud) y su inciso "B"; desarrollar sus prestaciones con equipos de salud interdisciplinarios. El puntaje de 5 expresa que si bien se dispone de este marco normativo el sistema de salud está en proceso para dar una respuesta al requerimiento del "b" de esta norma nacional de salud.
- (2) Aproximación altamente subjetiva al no contar con datos estadístico sobre qué población estaría siendo cubierta actualmente por los equipo SAFCI de acción rápida.
- (3) (4) (5) y (6) Los equipos SAFCIs de acción rápida (solo médicos) coordinan su accionar con las Redes de Salud y actores sociales (redes comunitarias) para programa y atender a poblaciones vulnerables. Pero no se dispone del número total de equipos de salud conformados, el número total de trabajadores de salud empleados en los equipos de atención primaria de la salud y que población está siendo atendida por estos equipos SAFCI de acción rápida.

Conclusión Meta N°3; Según la guía de medición 70 puntos representan el 100% de la meta, por lo tanto 41/70 puntos que representa el 58.6% de cumplimiento como avance para la 2da medición con respecto a esta meta.

Análisis Comparativo 1ra y 2da medición: La 1ra medición (2009) registró 21/70 (30%) de avance para la meta N°3 y 41/70 (58.6%) de cumplimiento del indicador para la 2da medición.

Recomendaciones técnicas del grupo focal a la Meta N°3:

1. Reformulación de las normas de caracterización para la inclusión de los equipos multidisciplinarios para APS.
2. Mejorar las condiciones político-operativo.
3. Conformar un equipo de seguimiento de la conformación y sostenibilidad de los equipos multidisciplinarios.
4. SNIS debería formular la estructuración y articulación de la información de producción generada por los especialistas SAFCI, Programa Madre Niño-Niña Bono Juan Azurduy, etc.
5. Mejorar la sistematización de la información de manera integral y que responda con datos estadísticos de ¿Cuánta población está siendo atendida por los programas Mi Salud, Bono Juana Azurduy de Padilla y los especialistas SAFCI? permitiéndose disponer de datos para cumplir con la meta N°3 de mejor manera en la próxima medición.
6. Mejorar la rectoría de la información por parte de SNIS.
7. Fortalecimiento de las redes de salud para mejorar el flujo de información.

Recomendaciones técnicas del plenario a la Meta N°3:

1. El Ministerio de Salud y Deportes está en pleno proceso de implementar el programa "Mi Salud" como estrategia APS en la presente gestión, programa que se inicia en el Municipio de El Alto para luego incorporar en Cobija, Tarija y Cochabamba para esto el Ministerio de Salud y Deportes logro la dotación de 150 médicos y 150 auxiliares de enfermería y tiene previsto en la gestión 2014 expandir este programa a todo el país.
2. La experiencia con los "Equipos SACFIs de Acción Rápida" como estrategia de APS desde el año 2009 pero con las características de incorporar a recursos humanos médicos, recomendándose

que se cumpla las normas SAFCI con relación a la consolidación y operación de esta estrategia a través de “Equipos Multidisciplinarios SAFCI”.

- Paralelamente a las reformulación de las normas de caracterización de servicios para la inclusión de los equipos multidisciplinarios para APS se deberá caracterizar *¿Qué y cuales son poblaciones más vulnerables que requieren la participación de un equipo de salud?*, que permita priorizar el accionar estratégico y operativo de los equipos multidisciplinarios, definir indicadores de impacto para municipios más vulnerables en su situación de salud, para esto se podría tomar en cuenta los Índices Municipales de Salud para definir un plan de prioridades de intervención de los equipos multidisciplinarios SAFCI en una primera fase, para luego según disponibilidad de criterios o indicadores de población con exclusión social en salud poder clasificar a los municipios a ser intervenidos sostenidamente por los equipos SAFCI.

META 4: La razón de Enfermeras calificadas con relación a los Médicos alcanzará al menos **1:1** en todos los países.

CATEGORIA	TOTAL
Medico (1)	8.764
Enfermera (2)	4.947
TOTAL	0,6

Fuentes: MSyD Censo Nacional RHUS año 2011
INASES Anuario Bioestadísticas año 2011

- Se contabilizo al total de médicos que trabajan en el 1er, 2do y 3er nivel de atención como una persona a tiempo completo del sub sector público y seguridad social a corto plazo.*
- Se contabilizo a enfermeras y enfermeras obstetricas profesionales que trabajan en el 1er, 2do y 3er nivel de atención como una persona a tiempo completo del sub sector público y seguridad social a corto plazo.*

De las fuentes de datos se logro considerar que del total de **4.947** enfermeras trabajando a tiempo completo en los servicios de salud; **60.3%** (2.984) enfermeras profesionales pertenecen al sub sector público y **39.7%** (1.963) al sub sector de la seguridad social.

Según registros del total enfermeras trabajando en el Sub Sector Publico él; **33.0%** (986) enfermeras a tiempos completos estarían asignadas al 1er nivel de atención, **25.3%** (756) en el 2do nivel y **41.6%** (1.242) enfermeras estarían asignadas al 3er nivel de atención. Como promedio de la razón total de enfermeras calificadas con relación a los médicos para el sub sector público es aproximadamente **0.6**, desglosada esta razón por niveles de atención es la siguiente; **0.4** en el 1er nivel de atención, **0.6** en el 2do nivel de atención y **0.8** en el 3er nivel de atención. Para el sub sector de la seguridad social la razón promedio es de **0.4** (0.6 para la seguridad social estatal y 0.3 para otros seguros sociales).

Conclusión Meta N°4; La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos para el país es de **0.6** alcanzando un cumplimiento del **66%** de la meta propuesta. Lo recomendado por la OPS/OMS es 1:1.

Análisis Comparativo 1ra y 2da medición: La 1ra medición (2009) registró una razón de **1.6** de enfermeras calificadas con relación a los médicos. Para la 2da medición este indicador expresa la reducción de un punto menos como razón/diferencia con relación a la primera medición.

A partir de la sistematización de información cuantitativa de las metas N°1 y N°2, se logro consolidar el siguiente cuadro por niveles de atención, sub sectores y determinar la razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos.

Cuadro N°4
RAZON DE ENFERMERAS CALIFICADAS CON RELACION A LOS MEDICOS
QUE TRABAJAN EN TODOS LOS NIVELES DE ATENCION
POR SUB SECTORES TOTAL BOLIVIA (2011)

SUB SECTORES	Conversion a Tiempos Completos*	Conversion a Tiempos Completos*	Razon Enfermeras x Medicos
	Medicos	Enfermeras	
1er nivel	2.380	986	0,4
2do nivel	1.271	756	0,6
3er nivel	1.525	1.242	0,8
Sub total Sector Publico	5.175	2.984	0,6
Seguridad Social del Estado	3.324	1.886	0,6
Seguridad Social	266	77	0,3
Sub total Sector Seg. Social	3.590	1.963	0,5
TOTAL BOLIVIA	8.765	4.947	0,6

* Sumatoria total de los Rh medicos y Lic. Enfermeras que trabajan en el 1er, 2do y 3er nivel de atencion
Fuentes: Censo Nacional RHUS (MSyD) y INASES Anuario Bioestadistico 2011
Elaboracion: Propia 2da medicion metas regionales RHUS año 2013

El anterior cuadro (4) permite visualizar y concluir con los siguientes aspectos de análisis técnicos fundamentales:

- En el Sub Sector Público la menor razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos se focaliza en el 1er nivel de atención (0.4), razón intermedia en el 2do nivel de atención (0.6) y la mayor razón en el 3er nivel de atención (0.8) de enfermeras calificadas con relación a los médicos. Datos cuantitativos aproximados que reflejan la sentida necesidad de mejorar las políticas de dotación de RHUS hacia el 1er y 2do niveles de atención tomando en cuenta el desarrollo de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), Bono Juana Azurduy de Padilla y otros programas nacionales de salud que permitirían cumplir con las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs) hasta el 2015; Objetivo 4 de reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil de los niños menores de cinco años y Objetivo 5 de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes y lograr el acceso universal a la salud productiva.
- Profundizando la razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos que trabajan en el sub sector público logramos obtener la siguiente información donde se puede apreciar que en los departamentos de; Cochabamba (0.4), La Paz (0.5), Santa Cruz (0.5) y Beni (0.6) muestran razones por debajo del promedio nacional de enfermeras calificadas con relación a los médicos y los Departamentos de Tarija (0.9), Chuquisaca (0.9), Pando (0.7) y Potosí (0.7) muestran razones por encima del promedio nacional (ver cuadro siguiente)

Cuadro N°5
N° TOTAL MEDICOS y ENFERMERAS QUE TRABAJAN EN TODOS LOS NIVELES DE
RAZON DE ENFERMERAS CALIFICADAS CON RELACION A LOS MEDICOS
SUB SECTORES PUBLICO TOTAL BOLIVIA (2011)

Departamentos	Conversion a	Conversion a	Razon Enfermeras x Medicos
	Tiempos Completos* Medicos	Tiempos Completos* Enfermeras	
Beni	210	135	0,6
Chuquisaca	583	523	0,9
Cochabamba	1.170	436	0,4
La Paz	1.198	566	0,5
Oruro	215	183	0,9
Pando	121	81	0,7
Potosí	408	289	0,7
Santa Cruz	916	442	0,5
Tarija	354	329	0,9
TOTAL	5.175	2.984	0,6

* Sumatoria total de los Rh medicos y Lic. Enfermeras que trabajan en el 1er, 2do y 3er nivel de atención

Fuentes: Censo Nacional RHUS (MSyD) año 2011

Elaboración: Propia 2da medición metas regionales RHUS año 2013

Recomendaciones del plenario a la Meta N°4:

1. El Ministerio de Salud y Deportes a través de la Unidad de RHUS dispone de alguna estrategia institucional para incorporar a la egresadas de las carreras de Obstetricas comunitarias, si se logra desarrollar esta recomendación estas profesionales contribuiría a dar respuestas al modelo SAFCI, a mejorar la calidad de atención en la atención materna en municipios críticos y sobre todo aportarían sus conocimientos y destrezas al equipo multidisciplinario SAFCI en comunidad.
2. Se sugiere a la Dirección General de Redes de Servicio, Promoción y CNIDAI del nivel nacional pueda mejorar la coordinación con las carreras de enfermería para analizar y fortalecer la formación de la enfermería-partería como respuesta a la política SAFCI.

META 5: Todos los países de la Región habrán establecido una Unidad o Dirección de Recursos Humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.

Indicador analizado y construido según metodología participativa en trabajo de grupo focal por actores claves invitados al 2do taller nacional para la Medición de las Metas Regionales de los recursos humanos en salud.

Características	Puntaje
Existe la Dirección de Recursos Humanos para la Salud *	10
1. Nivel de jerarquía en el diseño de la organización ministerial: al lado del Ministro de Salud, en funciones de asesoría, o parte del equipo de conducción o parte de los niveles de dirección nacional	1
2. Desarrollar políticas de recursos humanos en salud para todo el sistema de salud	0.5
3. Planifica el número y tipo de recursos humanos que requiere el sistema de salud (Por ejemplo, la cobertura poblacional de los equipos de salud)	0.3
4. Conducción estratégica de la gestión de recursos humanos en salud, la educación para el trabajo, el abordaje de sus problemas y	0

determinantes para el sistema de salud para incrementar la ubicación geográfica de personas, existencia de la Ley de Carrera Sanitaria.	
5. Cuenta con un sistema de información actualizado que integre el inventario de sus recursos humanos en salud, número, tipo, localización y niveles educativos	1
6. Utiliza la negociación para las relaciones intersectoriales con el sector educativo, empleador y gremial, Ministerio de Economía y Finanzas Publicas y Ministerio de Trabajo Empleo y Previsión Social de Bolivia.	1
Total	3.8
Total del Indicador 10+6 equivale al 100%	13.8 / 16

(*) En la estructura organizativa del Ministerio de Salud y Deportes define una Unidad de Recursos Humanos bajo dependencia jerárquica de la Dirección General de Asuntos Administrativos como apoyo y control a esta dirección general⁷. A la unidad de RHUS se le asignan las siguientes funciones normativas; aplicar normas de programación de puestos, definir planes estratégicos de personal, aplicar reglamentos internos y funciones de servicios de; administración de personal, dotación, implementación de la carrera administrativa, evaluación del desempeño, información para el pago de haberes (remuneración), movilidad funcionaria, registro de profesionales, verificación selección de personal y coordinación con los Servicios Departamentales de Salud a nivel regional.

Conclusión Meta N°5; Según la guía de medición 6 puntos representan el 100% de la meta, por lo tanto 3.8 puntos representan el **63.6%** de avance intermedio de cumplimiento con respecto a esta meta.

Análisis Comparativo 1ra y 2da medición: La 1ra medición (2009) registró **10.2/16** para la meta N°5 y **13.8/16** para la 2da medición.

Recomendaciones técnicas grupo focal a la Meta N°5:

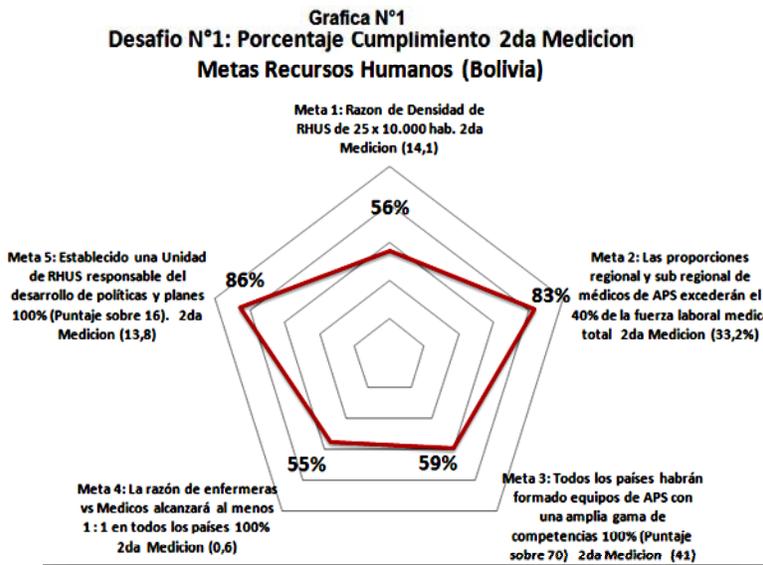
1. Conformar una comisión interinstitucional
2. Fortalecer Unidad de recursos humanos con un equipo técnico para la planeación estratégica de recursos humanos
3. Actualizar, validar las líneas estratégicas definidas para el desarrollo de la política de recursos humanos y a partir de ello desarrollar la política de recursos humanos.

Recomendaciones Técnicas del plenario a la Meta N°5:

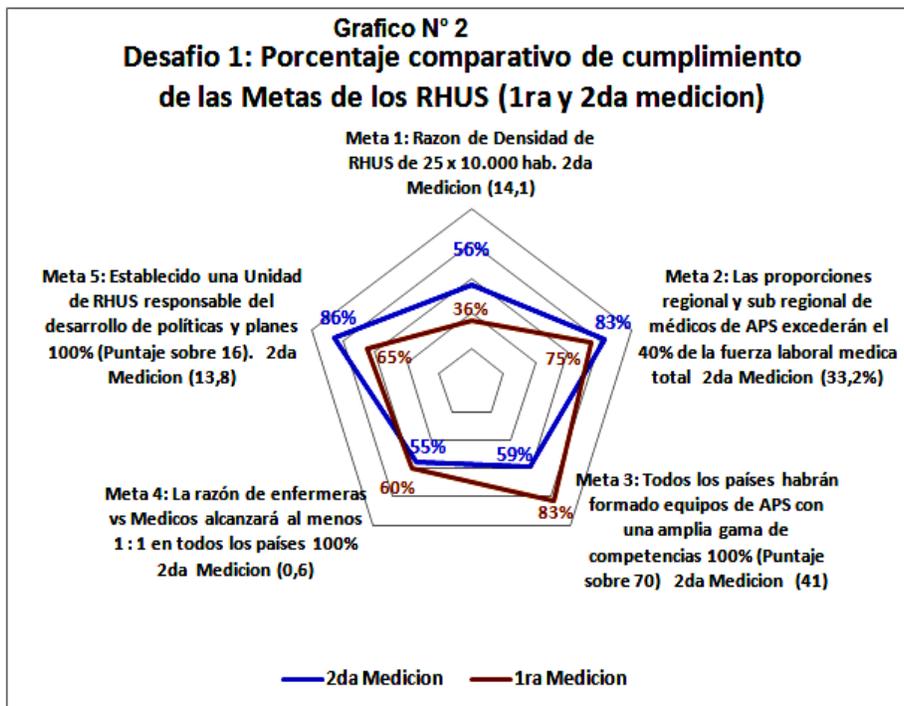
1. La gestión de los Recursos Humanos en Salud en la actual estructura organizativa del Ministerio de Salud y Deportes y Deportes está delimitada como una “Unidad de RHUS” bajo dependencia directa de la Dirección General de Asuntos Administrativos, que por su importancia de desarrollo estratégico institucional esta unidad debería corresponder a una “Dirección Nacional de los Recursos Humanos” situación que permitiría desarrollar políticas y estrategias, disponer de equipos técnicos calificados que potencie de manera directa la toma de decisiones gerenciales a nivel nacional, regional e interinstitucional en la temática de los recursos humanos en salud.
2. Si bien existe una Política de Desarrollo de los Recursos Humanos esta no refleja una planificación estratégica a cabalidad para los recursos humanos en salud, haciéndose necesario volver a revisar y proponer un nuevo escenario y/o espacio para una planificación estratégica que permita reajustar la actual Política de Desarrollo de los Recursos Humanos que responda de manera directa a los nuevos desafíos de las actuales políticas de salud, que articule de mejor manera al sector salud con otros sectores formadores de recursos humanos como las; universidades públicas, privada, escuelas nacionales de salud, ministerio de educación, etc.

⁷ MSyD; Código MOF-E0-01 en su versión N°12 aprobado con la Resolución Ministerial N° 092 de fecha 20/01/2012.

3. Se recomienda trabajar una agenda estratégica que culmine en la formulación de un ante proyecto y proyecto de la Ley de la Carrera Sanitaria.



Desafío N°1: Porcentajes de cumplimiento comparativo 1ra y 2da Medición Metas Regionales de los Recursos Humanos en Salud



DESAFIO 2: UBICAR A LAS PERSONAS IDÓNEAS EN LOS LUGARES ADECUADOS, DE MANERA DE LOGRAR UNA DISTRIBUCIÓN EQUITATIVA DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

El segundo desafío de Toronto está operativizado en cuatro metas (de la 6 a la 9), que abarcan diferentes ámbitos referidos a las brechas que señalan inequidades en el acceso de la población a la atención primaria sobre todo la que vive en áreas rurales. Se destacan en estas metas, las relaciones entre recursos humanos, comunidades y atención primaria, además de registrar la inequidad en los accesos por situación geográfica de las poblaciones. Estos fueron sus resultados en la segunda medición intermedia:

META 6: La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015.

CATEGORIA	Urbano	Rural
DENSIDAD DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD (1)	16,4	9,6
POBLACION 2012 (2)	6.617.988	3.409.266
RAZON RURAL / URBANA	0.6	

Fuentes: MSyD Censo Nacional RHUS año 2011
 INASES Anuario Bioestadísticas año 2011
 INE (CNPV) 2012

- (1) Para determinar las dos desagregaciones de densidad de recursos humanos en salud se ha considerado los resultados de la Meta N°1 como tales y a partir de estos resultados se ha determinado la desagregación urbana como la rural de la densidad de profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes del sub sector público y de la seguridad social a corto plazo.
- (2) El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) define como población urbana a las poblaciones con más de 3.000 habitantes y rurales a las poblaciones con menos de 3.000 habitantes.

Actualmente el sector salud en el país no existe una definición estandarizada de lo “urbano” y “rural”, tomando en cuenta que el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) clasifica lo urbano y rural según la creación del código del establecimiento asignadas por cada Red de Salud.

Conclusión Meta N°6; La razón entre la brecha rural y la brecha urbana actualmente para el país es 0.6, registro que muestra un desequilibrio (brecha) en la distribución urbano-rural de la fuerza de trabajo de la salud. La OPS considera que idealmente se debería llegar a 1, existiendo según resultados intermedios a determinar una diferencia negativa de 0.4 de razón para lograr esta meta ideal.

Análisis Comparativo 1ra y 2da medición: La 1ra medición (2009) registró para esta meta *Sin dato* y 0.6 para la 2da medición lo que quiere decir que al 2015 requerimos una disminución de la brecha al 40% a favor del componente rural.

A partir de la sistematización de los datos del Censo Nacional de RHUS año 2011 de médicos y enfermeras graduadas que trabajan en el 1er, 2do y 3er nivel de atención del sub sector publico según área urbana y rural, se ha logrado obtener la siguiente información en cuanto a la razón entre la brecha rural y urbana por categoría de personal para la Meta N°6 (ver siguiente cuadro).

Cuadro N°6
Razón de Brecha en la Distribución de Personal de Salud Medicos y Enfermeras
Entre Zonas Urbanas y Rurales - Sub Sector Publico (2011)

Departamentos	Medicos con Conversion a Tiempos Completos*			Enfermeras con Conversion a Tiempos Completos*		
	Urbano	Rural	Razon	Urbano	Rural	Razon
Beni	182	29	0,2	118	26	0,2
Chuquisaca	219	365	1,7	402	137	0,3
Cochabamba	700	470	0,7	278	193	0,7
La Paz	683	515	0,8	459	141	0,3
Oruro	54	162	3,0	125	76	0,6
Pando	32	90	2,8	72	22	0,3
Potosí	69	339	4,9	209	110	0,5
Santa Cruz	654	263	0,4	375	106	0,3
Tarija	127	228	1,8	269	87	0,3
TOTAL	2.717	2.458	1,8	2.305	898	0,4

* Sumatoria total de los Rh medicos y Lic. Enfermeras que trabajan en el 1er, 2do y 3er nivel de atencion

Nota: La Clasificación Urbana - Rural fue asignada por las Redes al crear el código del establecimiento (Fuente SNIS)

Fuente: Censo Nacional RHUS (MSyD)

Elaboración: Propia 2da medición metas regionales RHUS año 2013

La brecha urbano-rural para el sub sector público idealmente debería llegar a 1, los datos para los recursos humanos médicos expresa una razón de **1.8** médicos que trabajan en servicios del área urbana con relación a los médicos que trabajan en el área rural. Según registros por departamentos de; El departamento de Potosí (**4.9**), Oruro (**3.0**), Pando (**2.8**), Tarija (**1.9**) registros que expresarían una menor brecha de la razón de médicos que trabajan en servicios de salud del área rural con relación a médicos que trabajan en los servicios de salud del área urbana. Los departamentos del Beni (**0.2**), Santa Cruz (**0.4**) y la Paz (**0.8**) expresan valores menores a **0.5** de razón registro que expresaría mayores brechas de médicos que trabajan en los servicios del área urbana con relación a médicos que trabajan en servicios de salud del área rural.

En cuanto a los recursos humanos de enfermería, se expresa una razón promedio de **0.4** enfermeras que trabajan en servicios del área urbana con relación a las enfermeras que trabajan en el área rural. Según registros por departamentos; El Departamento de Cochabamba (**0.7**), Oruro (**0.6**), Potosí (**0.5**) expresan una brecha superior de enfermeras que trabajan en servicios de salud del área rural con relación a enfermeras que trabajan en los servicios de salud del área urbana y los departamentos del Beni (**0.2**), Chuquisaca (**0.3**), La Paz (**0.3**), Pando (**0.3**), Santa Cruz (**0.3**) y Tarija (**0.3**) expresan una mayor brecha de enfermeras que trabajan en los servicios del área urbana con relación a enfermeras que trabajan en servicios de salud del área rural.

Recomendaciones Técnicas del plenario a la Meta N°5:

1. La discusión de lo urbano-rural es desde un tiempo atrás un problema, es necesario que se defina y se delimite *¿Cuál es profesional de salud del área urbana y rural?*, definición que permita en el tiempo generar estrategias que permita garantizar la permanencia de los RHUS en el área rural, también es necesario generar estrategias de; estabilidad, inducción, formación profesional y sobre todo motivación que permita sostener en el tiempo su permanencia en el área rural.
2. Todo lo anterior se lograría si el país dispusiera de una "Carrera Sanitaria o Carrera Administrativa" en el sector de salud público además esto permitiría disponer de bases políticas solidas para generar estrategias de gestión de los RHUS a nivel nacional, regional y local.
3. Es necesario tener la tendencia el disponer y generar políticas de gestión de los RHUS para el tema urbano-rural que permita a los entes gestores de los RHUS de aproximar las necesidades de dotación de un trienio, paralelamente consolidar mas información (análisis de brechas) de los Recursos Humanos en lo urbano-rural que permita disminuir la inequidad de distribución de los

RH existente en la actualidad, considerando que todavía estos problemas no son visualizados a cabalidad por los entes gestores de los RHUS y existiendo todavía escasas alternativas de soluciones integrales a este problema.

4. En la actualidad el crecimiento vegetativo está favoreciendo más al 1er nivel de atención y no sería bueno excluir a los 2dos y 3er niveles donde no solo se requieren más cantidad de Rh sino profesionales con mejores desarrollos de capacidades resolutorias como respuesta a la actual demanda exigida en los hospitales de 2do o 3er nivel como respuesta al desarrollo tecnológico y los procesos de atención especializada que requiere la población boliviana.
5. La planificación el Sistema de Salud en cuanto a su oferta física y Rh actualmente no se está tomando en cuenta a las características demográficas expresadas en el ultimo CNPV 2012, donde está claramente expuesto las diferentes estructurales poblacionales sean estas; metrópolis urbanas, peri urbanas, poblaciones intermedias, poblaciones rurales concentradas y rurales dispersas, el no considerar estas características estructurales, involuntariamente estamos ocultando inequidades al momento de planificar, distribuir y priorizar estratégicamente la dotación de recursos humanos.
6. Se recomienda al Ministerio de Salud/SNIS coordine y defina con el INE este tema para tener claro el dato urbano-rural y a partir de esta definición reprogramar los puestos de trabajo en las bases de datos de RHUS con que actualmente dispone el SNIS/VE.

META 7: Al menos 70% de los trabajadores de Atención Primaria de Salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables.

Indicador analizado y construido según metodología participativa en trabajo de grupo focal por actores claves invitados al 2do taller nacional para la Medición de las Metas Regionales de los recursos humanos en salud.

Competencias de Salud Publica	Puntaje
1. Habilidad para desarrollar estrategias de promoción de la salud	0.5
2. Vigilancia de factores de riesgo y condiciones epidemiológicas	0.5
3. Educación y tratamiento preventivo para prevenir enfermedad y lesiones	0.3
4. Conocimiento de la interacción de salud pública con los servicios de salud a nivel local	0.5
5. Capacidad para utilizar evidencias en la toma decisiones sanitarias, políticas, de gestión (planificación, ejecución y evaluación) y de desarrollo de programas y prácticas	0.5
6. Capacidad de llevar a cabo investigaciones-	0.0
7. Promover alianzas, colaboración y abogacía	1.0
8. Capacidad de seguir y promocionar el bienestar y encarar las inequidades en el estado de salud	0.0
9. Competencias de interculturalidad y/o atención a la diversidad : <i>Habilidades interactivas y de comunicación que reconocen y realzan las capacidades cognitivas, emotivas y de intercambio que deben ser tomadas en cuenta cuando se le proporciona cuidados de salud a grupos étnicos, lingüísticos, religiosos, socio- económicos o con opciones sexuales diversas.</i>	0.2
Total del Indicador 9 equivale al 100%	3.5

Conclusión Meta N°7; Según la guía metodológica de medición expresa 9 puntos representan el 100% de la meta, por lo tanto 3.5 puntos representaría el 38.8% de cumplimiento como avance de esta meta.

Análisis Comparativo 1ra y 2da medición: La 1ra medición (2009) registró 2.5 puntos (28.0%) para la meta y 3.5 puntos (38.8%) de cumplimiento para la 2da medición intermedia.

Recomendaciones técnicas del grupo focal a la Meta N°7:

1. Actualizar los perfiles de desempeño definidos a los tiempos coyunturales del Sistema Nacional de Salud.
2. Formular e Implementar planes de educación en salud dirigidos a los RHUS en servicio y a la población.
3. Revolucionar las competencias de las Escuelas de Salud Pública de manera integral.
4. Crear la unidad de Recursos humano y/o talento humano.

Recomendaciones técnicas del plenario a la Meta N°7:

1. Todo lo que hace el Ministerio de Salud y Deportes en cuanto al desarrollo de; conocimientos, competencias en salud pública, programas nacionales, promoción de la salud e interculturalidad no ha logrado ser sistematiza y socializada integralmente, información técnica que mejoraría sostenidamente la mejor toma decisiones de los entes gestores de la salud a nivel nacional, regional, local y sobre esta base determinar necesidades y estrategias de formación de RHUS con las Universidades, Escuelas Técnicas de Salud según demandas requeridas respetando el marco normativo de la política SAFCI.
2. El Ministerio de Salud y Deportes ha logrado implementar, organizar y sostener todo un programa de formación en post grado en SAFCI como respuesta de cumplimiento a los objetivos institucionales en vigencia, con un 70% de profesionales que han logrado concluir este curso de formación, según opiniones expresadas por los actores claves participantes en el 2do taller nacional recomiendan que este programa tendría que desplegar mayor concertación-coordinación-acuerdos de apoyo interinstitucional con las Universidades formadoras de recursos humanos tomando en cuenta que muchas de estas disponen de Dirección de Post Grado en Salud Publica, Epidemiología, Gerencia en Salud, etc. perdiéndose una importante oportunidad para articular planes educativos, mallas curriculares, docentes y estructuras físicas disponibles en todo el país.
3. La pregunta en plenaria se planteo la siguiente interrogante; *¿Qué vamos a hacer en cuanto al perfil del desempeño de nuestros recursos humanos en salud que trabajan en diferentes escalones de complejidad del sistema de salud y sobre todo de un Equipo de Salud?*
4. Se ha propuesto la necesidad de comenzar a gestionar y trabajar en un “Sistema de Educación Permanente” para nuestros recursos humanos (no solo médicos), sino que este sea ampliado para el resto de profesionales en salud, técnicos y administrativos. Sistema de Educación que incorpore otros sub sistemas de; selección, inducción y formación a través de diferentes programas. Recomendando a las autoridades sectoriales de generar procesos de involucramiento a través del CNIDIA a las Facultades de Salud de las Universidades públicas, privadas, escuelas de salud y otros actores institucionales formadores de recursos humanos.
5. Se ha identificado el rol estratégico que actualmente desempeña la; Dirección General de Servicios de Salud, Promoción de la Salud, Jefatura Nacional Unidad de los RHUS y CNIDAI como instancias claves para intervenir estratégicamente no solo en los temas formativos de los recursos humanos, sino en disponer de la información sobre el numero de; talleres, cursos, diplomados, maestrías y doctorados donde se prioricen el desarrollo de capacidades como respuesta a la

estrategia APS/SAFCI, rol que permitiría el disponer de la información para cumplir con la meta N°7 en la siguiente evaluación intermedia.

META 8: Setenta por ciento de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones (MS).

Indicador analizado y construido según metodología participativa en trabajo de grupo focal por actores claves invitados al 2do taller nacional para la Medición de las Metas Regionales de los recursos humanos en salud.

Datos Requeridos	Puntaje
1. Número de cursos de este tipo que ofrecen la institución o número de cursos que le facilitan el acceso fuera de la institución. (% de Programas de Trabajo)	0
2. Número total de cursos que oferta el programa de educación en el trabajo (para todo tipo de personal).	0
3. NUMERO DE PERSONAS enfermeras, enfermeras auxiliares, técnicos de la salud y agentes/trabajadores comunitarios de salud quienes han llevado a cabo entrenamiento adicional (universitario, en servicio, o en el trabajo) para mejorar sus habilidades en los últimos 3 años.	0
4. Personal de salud total (de acuerdo a los grupos arriba considerados) que forman parte de la fuerza laboral.	0
Total del Indicador / 80	0

Conclusión Meta N°8; Según la guía de medición se deberá alcanzar 80 puntos que representa el 100% de la meta, para la 2da medición se registro **Sin Datos**.

Análisis Comparativo 1ra y 2da medición: La 1ra medición (2009) y 2da medición mantienen como resultado de la medición “Sin Datos”.

La guía metodológica recomienda desarrollar a falta de datos primarios con respecto a habilidades y competencias de los trabajadores en la salud la descripción de funciones y currículos de formación en el trabajo, para tal efecto los actores claves en plenaria recomiendan al Ministerio de Salud; *.....cumplir con sus convenios y acuerdos interinstitucionales con las carreras y escuelas formadoras de recursos humanos en salud (públicas y privadas), desarrollar investigaciones operativas para identificar demandas y necesidades para mejorar las competencias del personal de salud en atención primaria de salud e identificar necesidades insatisfechas de programas de educación continua en el trabajo no solo focalizados en los profesionales médicos y enfermeras, esta estrategia deberá ser ampliado a otros profesionales de salud y personal técnico en salud incorporando instrumentos de evaluación que permita monitorizar si los recursos humanos perfeccionaron aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones para luego incorporarlos a los equipos de salud exigidos por la política SAFCI⁸.*

Recomendaciones técnicas del grupo focal a la Meta N°8:

1. El Ministerio de Salud y Deportes, Ministerio de Educación y Sistema de Universidades deben generar un análisis interinstitucional para luego emprenderse la firma de “Convenios

⁸ D.S. 29601 SAFCI; establece en su Art. 6to características del modelo de atención en salud, inciso (a); enfocar la atención de manera intercultural e integral (promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad) y inciso (b); desarrollar sus prestaciones con “equipos de salud interdisciplinarios”.

Intersectoriales” que permita estratégicamente fortalecer el desarrollo de las capacidades y profesionalismo de los recursos humanos de manera interinstitucional y permanente con todas las instancias formadoras de recursos humanos públicas y privadas.

Recomendaciones técnicas del plenario a la Meta N°8:

1. Se recomienda que el Ministerio de Salud y Deportes elabore y disponga de una estrategia para con las facultades y carreras de enfermería que están formando y están generando profesionales egresadas en el programa de “Enfermeras Obstétricas Comunitarias”, profesionales capacitadas que tendrían que estar conformando los equipos multidisplinaris como lo establece la política SAFCI.
2. Las Direcciones de las dos Escuelas de Salud Pública, expresaron que están en la capacidad de mejorar las competencias profesionales de las auxiliares en salud en APS, promoción y educación para la vida, lo que requieren es mayor apoyo institucional para ampliar sus plazas para el resto de los departamentos y/o disponer de los recursos financieros para la creación de sub sedes formadoras en el resto de los Departamentos del país para ampliar sus competencias de formación y educación continua en APS a técnicos medios en salud pública.
3. Recomendaron a las autoridades del Ministerio de Salud y Deportes empoderarse y aprender de las experiencias positivas de la propuesta de la Ley Avelino Cifiani y adecuarla para el sector de la salud.
4. La coordinación nacional y equipo técnico del SNIS/VE deberán analizar e incorporar las variables en las bases de datos del registro nacional de recursos humanos del sub sector publico para captar y disponer de los datos estadísticos para cumplir con la meta N°9 en la tercera medición de las metas regionales de los RHUS.
5. El Ministerio de Salud y Deportes deberán tomar en cuenta las recomendaciones de la guía metodológica en cuanto a; realizar encuestas que tengan relación con los diferentes equipos y programas con cuidadosa referencia entre ellas y disponer de programas de entrenamiento en el trabajo que permita asegurar las habilidades apropiadas necesarias y disponer de herramientas de trabajo y evaluación de desempeño que permita la más alta consistencia de los resultados.

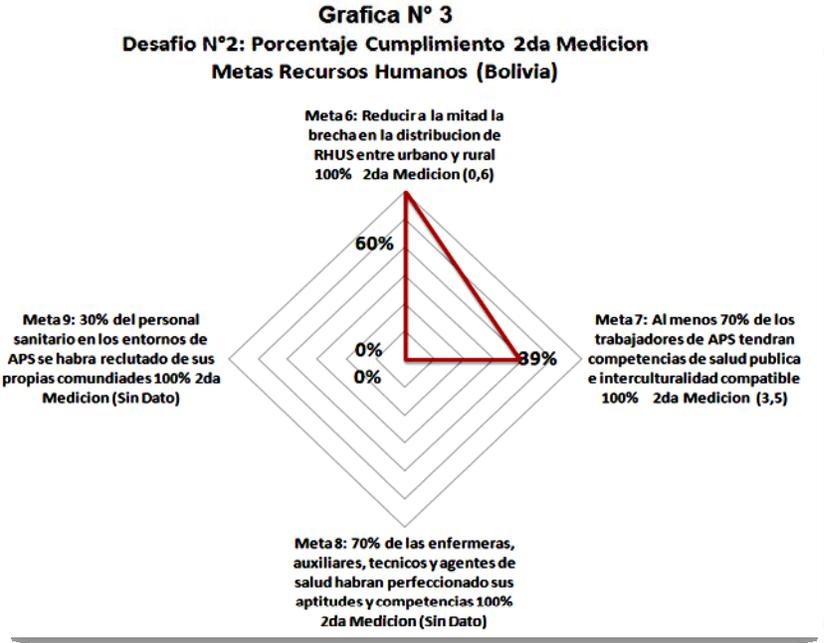
META 9: El treinta por ciento del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades.

Indicador consultado y propuesto para el análisis por el moderado en plenaria a los actores claves invitados al 2do taller nacional para la Medición de las Metas Regionales de los recursos humanos en salud.

Si bien el Ministerio de Salud y Deportes dispone de programas de dotación de recursos humanos con la creación anual de nuevas fuentes de trabajo (crecimiento vegetativo) con recursos provenientes del Tesoro General de la Nación (TGN) y con recursos provenientes del Dialogo Nacional (HIPIC), contrataciones regionales por los Gobiernos Autónomos Regionales con recursos provenientes del Impuesto Directos a los Hidrocarburos (IDH), locales por los Gobiernos Municipales con recursos provenientes de los fondos de la Coparticipación Tributaria (CPT) con fondos remanentes del Seguro Universal de Salud (SUMI), Seguro de Salud al Adulto Mayo (SPAM), de programas especiales como el Bono Juana Azurduy de Padilla y de la Residencia en Salud Familiar Comunitaria Intercultural (post grado), formación de pre grado y post grado en universidades públicas, privadas, escuelas de formación de técnicos en salud y a través de un convenio de formación médica profesional con el

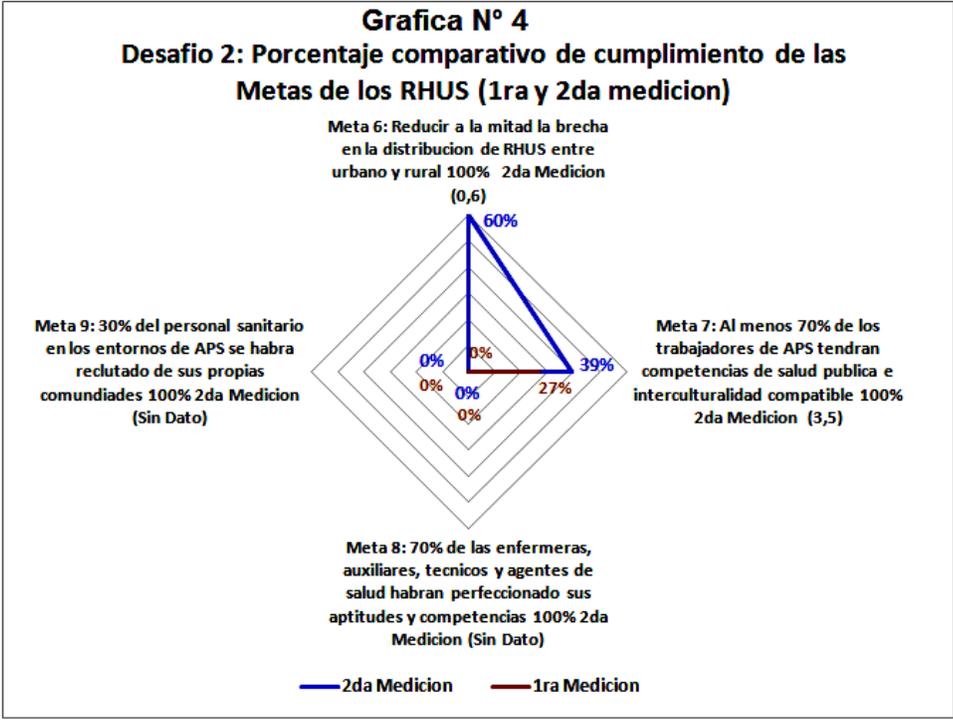
Gobierno de Cuba⁹. Todavía en el país no ha logrado unificar, regular y aplicar un programa estandarizado para las diferentes formas de selección de recursos humanos que favorezcan sostenidamente los entornos de atención primaria en salud y respondan a mejorar la oferta de recursos humanos a municipios indígenas originarios y poblaciones rurales altamente excluidas en salud.

Resultados Meta N°9; Según las conclusiones del trabajo del grupo focal “esta información en el país no se la registra”.



⁹ Programa impulsado por el Ministerio de Salud para la formación profesional médica, a través de convocatorias públicas nacionales logro reclutar y seleccionar jóvenes de ambos sexos de todo el país, incluyendo a jóvenes de poblaciones rurales e indígenas originarias para su formación en la Republica de Cuba. Pero a la fecha se desconoce si estos profesionales médicos formados en la Republica de Cuba que volvieron al país, actualmente están trabajando en sus propias comunidades de donde salieron.

Desafío N°2: Porcentajes de cumplimiento comparativo 1ra y 2da Medición Metas Regionales de los Recursos Humanos en Salud



DESAFIO 3: PROMOVER ACCIONES NACIONALES E INTERNACIONALES PARA QUE LOS PAÍSES AFECTADOS POR LA MIGRACIÓN CONSERVEN A SU PERSONAL SANITARIO Y EVITEN CARENCIAS EN SU DOTACIÓN

El tercer desafío de Toronto está operativizado en tres metas (meta 10 a la meta 12) dirigidas a reconocer la doble problemática que enfrentan los países ante la migración internacional de los recursos humanos de salud: por un lado, el riesgo de los países expulsores de quedar sin recursos y, por otro, el derecho a la libre movilidad de las personas, y el respeto a sus condiciones de vida, a continuación exponemos los datos desagregados de la 2da evaluación intermedia para Bolivia.

META 10: Todos los países de la Región habrán adoptado un Código Internacional de Practica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud

Indicador consultado y analizado por el moderado en plenaria a los actores claves invitados al 2do taller nacional para la Medición de las Metas Regionales de los recursos humanos en salud.

Resultados Meta N°10; En plenaria los actores claves concluyeron que;.....*en el país a la fecha no se ha implementado un código y/o normas éticas sobre reclutamiento internacional de trabajadores en salud, de igual manera no se conoce y no se dispone de un registro de profesionales internacionales que trabajan actualmente en el sistema de salud nacional.*

META 11: Todos los países de la Región tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.

Indicador analizado y construido según metodología participativa en trabajo de grupo focal por actores claves invitados al 2do taller nacional para la Medición de las Metas Regionales de los recursos humanos en salud.

Resultados Meta N°11; A la interrogante *¿Si el país tiene una política de auto-suficiencia con respecto a los recursos humanos de la salud y la aplica?* La respuesta sobre un puntaje de 10 se logro un resultado de **5 puntos.**

Este puntaje se ha justificado en plenaria por los actores claves tomando en cuenta las siguientes razones técnicas; El país a través del Ministerio de Salud y Deportes tiene un compromiso político¹⁰ de implementar un nuevo modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), de igual manera se disponen de instancias de coordinación y planificación estrategia interinstitucional con respecto a satisfacer la calidad de formación de los recursos humanos a través del Comité Nacional de Integración Docente Asistencia e Investigación (CNIDAI) y nueve Comités Departamentales de Integración Docente Asistencial e Investigación (CRIDAI), de igual manera existen acuerdos firmados internacionales con el Gobierno de Cuba para formar profesionales médicos para dar respuesta institucional a la política SAFCI y demandas actuales de necesidades de recursos humanos en salud en atención primaria de salud.

Si bien existen estas instancias normativas de coordinación interinstitucional de los entes gestores del sector con las universidades públicas formadoras de recursos humanos y una Política de Desarrollo de

¹⁰ D.S 29601 y Plan Sectorial de la Salud 2011-2015

los Recursos humanos en salud, estas normas no son cumplidas a cabalidad, o están en proceso de implementación de manera aislada y escasamente articuladas entre las instituciones, requiriéndose desarrollar-ajustar y/o implementar una sola política para retener al personal o incrementar el número de personal según demandas y necesidades priorizadas que respondan al perfil epidemiológico y que estén priorizadas hacia los municipios y poblaciones rurales, indígenas originarias dispersas altamente desatendidas en su salud.

Recomendaciones técnicas del grupo focal a la Meta N°11:

1. Se recomienda que el MSyD a través de su Unidad de Recursos Humanos, mejore y/o ajuste la actual Política de Recursos Humanos a nivel nacional, recomendando que esta actividad sea un proceso más participativo con los: Ministerios de Trabajo, Educación, Salud y las entidades formadoras de recursos humanos en el país.

Recomendaciones técnicas del plenario a la Meta N°9:

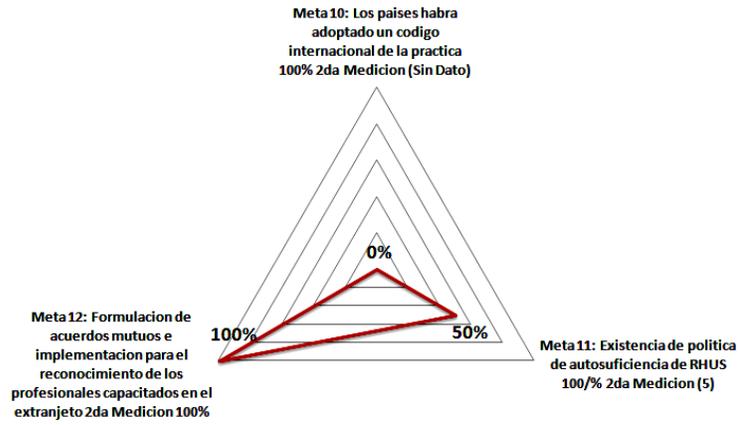
1. Se recomendó que si bien existe un registro de RHUS del sub sector público, existe la necesidad de ampliar, compatibilizar información con la seguridad social y desarrollar complementariamente un análisis de los otros sub sector privado, ONGs, Universidades y otras instancias que disponen y/o contratan recursos humanos en salud.
2. Se volvió a reiterar en plenaria la necesidad de disponer de “Programas de selección, formación profesional” de RHUS que respondan a las actuales demandas no solo del 1er nivel, sino de los niveles resolutivos de mediana y mayor complejidad.

META 12: Todos los países de la Región tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.

Indicador consultado y propuesto para el análisis por el moderado en plenaria a los actores claves invitados al 2do taller nacional para la Medición de las Metas Regionales de los recursos humanos en salud.

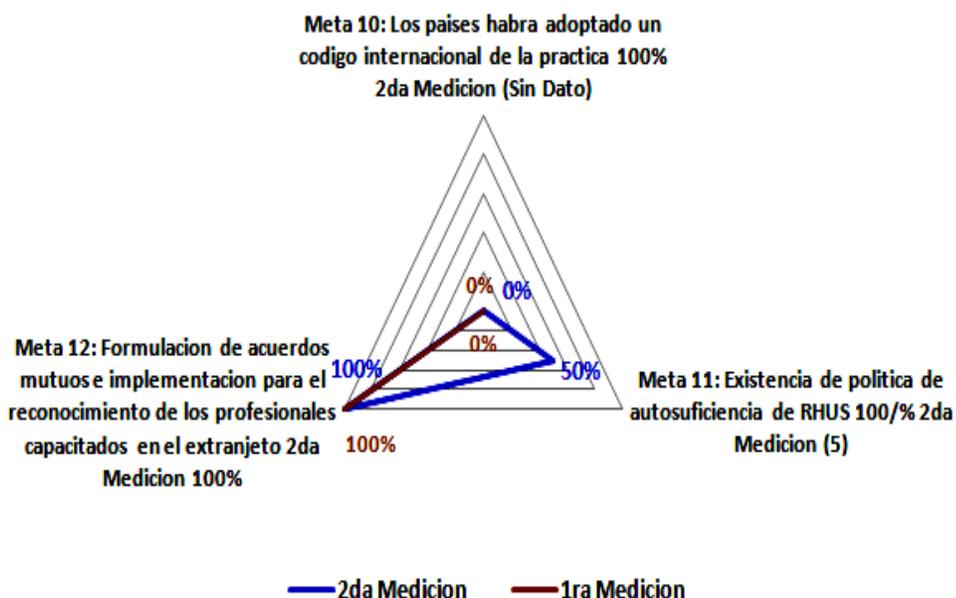
Medición meta N°12: El facilitador y moderador del 2do taller nacional en plenaria solicito a los actores claves la ratificación del cumplimiento 100% (1ra medición), varios actores ratificaron el cumplimiento de esta meta considerando que el país si dispone de los mecanismos normativos para el reconocimiento profesional de post grados en salud a través de los colegios de profesionales que acreditan y luego se certifican a los profesionales capacitados en el extranjero con el VoBo del Ministerio de Salud y Deportes a través de las instancias normativas en vigencia del CNIDAI.

Grafica N° 5
Desafio N°3: Porcentaje Cumplimiento 2da Medicion
Metas Recursos Humanos (Bolivia)



Desafío N°3: Porcentajes de cumplimiento comparativo 1ra y 2da Medición Metas Regionales de los Recursos Humanos en Salud

Grafica N° 6
Desafío 3: Porcentaje comparativo de cumplimiento de las Metas de los RHUS (1ra y 2da medicion)



DESAFIO 4: GENERAR AMBIENTES DE TRABAJO SALUDABLES QUE PROPICIEN EL COMPROMISO CON LA MISIÓN INSTITUCIONAL DE GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BUENA CALIDAD PARA TODA LA POBLACIÓN

El cuarto desafío de Toronto esta operativizado en tres metas (13 a la 16), considerando la definición de “empleo precario” que utiliza el indicador de la Meta N° 13 que se refiere al número total de puestos de empleo en el sector salud en el país que no cuentan con seguro social, comprendido como tal a aquel que no incluye un mínimo seguro de salud, pensiones y licencias por enfermedad/embarazo. La reducción del empleo precario y sin protección para los trabajadores de la salud incrementara, a largo plazo, el éxito del reclutamiento de la fuerza de trabajo de salud y las estrategias de retención; de esta manera es posible ofrecer estabilidad, lograr acuerdos, evitar conflictos y llegar a mayor efectividad general de la fuerza de trabajo de salud.

META 13: La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.

TIPO DE PUESTOS	TOTAL
Puestos Fijos (1)	10.409
Puestos Precarios (2)	3.687
TOTAL	26.2%

Fuentes: MSyD Censo Nacional RHUS año 2011
INASES Anuario Bioestadísticas año 2011

- (1) Se considera “Puesto Fijo” al recurso humano en salud (médicos y enfermeras) que cuenta con un cargo de trabajo (ítem) proporcionado por el estado (TGN/HIPIC) que considera un seguro de salud, sistema de pensiones y licencias por enfermedad o embarazo.
- (2) Se considera “Puesto Precario” al recurso humano en salud (médicos y enfermeras) que cuenta con un puesto de trabajo a contrato por corto tiempo (menor a un año) proporcionado por las instituciones públicas de salud a través de varias fuentes de financiamientos (Gobernaciones IDH¹¹, Municipios CPT¹², Seguros Públicos de Salud¹³, Fondos Propios¹⁴ y Riegos Compartidos¹⁵) que no considera un seguro de salud, afiliación voluntaria al sistema de pensiones y exige el pago obligatorio de impuestos tributarios y descuentos de ley a favor de la Renta Dignidad.

Conclusión Meta N°13; La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud aproximadamente es del **26.2%** para la 2da medición.

Análisis Comparativo 1ra y 2da medición: La 1ra medición (2009) registró **19.0%** para la meta N°13, meta que se incremento en **+7.2%** en la 2da medición probablemente generado por la mayor disponibilidad y acceso a información cuantitativa por fuentes de financiamientos proporcionados por

¹¹ IDH; impuestos a los Hidrocarburos otorgados al sector salud por los Gobiernos Autónomos Regionales a través de Leyes o Resoluciones emitidas por las Asambleas Regionales de los Gobiernos Autónomos.

¹² CPT; recursos de Coparticipación Tributaria asignados a los Gobiernos Municipales por la Ley 1551.

¹³ Resoluciones administrativas emitidas por los Directorios Locales de Salud (DILOS) autorizando el uso de los recursos remanentes del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), para el caso del Dpto. de Tarija del SUSAT para la contratación de recursos humanos en salud.

¹⁴ Recursos provenientes de los establecimientos de salud por la venta de servicios y aprobados por resoluciones administrativas internas.

¹⁵ Modalidad de contratación de recursos humanos de la seguridad social a corto plazo para cubrir vacaciones, bajas autorizados con resoluciones internas de cada institución.

los registros del Censo de RHUS del sub sector público y anuario bioestadística del INASES durante la gestión 2011.

A partir de la sistematización de los registros del Censo Nacional de RHUS año 2011 de médicos y enfermeras graduadas en el siguiente cuadro podemos determinar que un 26.2% (2.234) de los recursos humanos del sub sector publico muestran según el criterio del indicador “puestos precarios” y 26.2% (1.453) de los recursos humanos del sub sector de la seguridad exponen puestos precarios.

Cuadro N°7
N° Total de Medicos y Enfermeras con Cargos y con Seguridad Social
y con Cargos Precarios Sin Seguridad Social
Sub Sector Publico y Seguridad Social - Bolivia (2011)

SUB SECTORES	FUENTES FINANCIAMIENTOS	Conversion a Tiempos Completos*			Total Recursos Humanos en Salud	Porcentaje
		Medicos	Enfermeras Graduadas	Enfermeras Obstetricas		
SUB SECTOR PUBLICO	Contratos de Planta (Puestos Fijos)	4.084	2.218	8	6.309	73,8%
	Contratos a corto plazo (Puestos Precarios)	1.256	978	-	2.234	26,2%
	SUB TOTAL S.S. PUBLICO	5.340	3.196	8	8.543	100,0%
SUB SECTOR SEG. SOCIAL	Contratos de Planta (Puestos Fijos)	2.598	1.502	-	4.100	73,8%
	Contratos / Remplazos (Puestos Precarios)	992	461	-	1.453	26,2%
	SUB TOTAL S.S. SOCIAL	3.590	1.963	-	5.553	100,0%
Sub Total Puestos Fijos		6.681	3.720	8	10.409	
Sub Total Puestos Precarios		2.248	1.439	-	3.687	

* Sumatoria total de los Rh medicos y Lic. Enfermeras que trabajan en el 1er, 2do y 3er nivel de atencion
 Fuentes: Censo Nacional RHUS (MSyD) y INASES Anuario Bioestadístico 2011
 Elaboracion: Propia 2da medicion metas regionales RHUS año 2013

Para el sub sector publico tomando en cuenta según fuentes de financiamientos de los recursos humanos en salud que trabajan en los servicios de salud del área urbana y rural, Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y Coordinaciones de Redes de Salud, se puede concluir que el 73.8% (6.309) cuentan con trabajo fijo y el resto 26.2% (2.234) los recursos humanos en salud exponen contratos de trabajos a corto plazo con diferentes fuentes de financiamientos como puesto precario como se puede ver en el siguiente cuadro (8):

- 12.9% (1.100) contratos con fuentes provenientes de los Gobiernos Autónomos Departamentales con recursos provenientes del Impuesto Directo a los Hidrocarburos; 55.7% contratos para personal de salud de los servicios de salud área urbana y 44.3% para los servicios de salud de las áreas rurales).
- 6.8% (584) contratos con fuentes provenientes de los Gobiernos Autónomos Municipales (CPT, con recursos provenientes de la Coparticipación Tributaria, remanentes del Programa SUMI y SSPAM; 41.1% contratos para personal de salud de los servicios de salud área urbana y 58.9% para los servicios de salud de las áreas rurales).
- 1.9% (163) con recursos propios procedentes de la venta de servicios; 84.0% contratos para personal de salud de los servicios de salud área urbana y 16.0% para los servicios de salud de las áreas rurales).
- 4.3% (367) de los recursos humanos que en las base de datos no está determinado la (s) fuentes de financiamiento.

Cuadro N°8
Distribucion según Fuentes de Financiamientos de los Recursos Humanos en Salud
Según lugares de Trabajo por Zona Urbana y Rural
Sub Sector Publico Bolivia (Año 2011)

Fuentes Financiamiento	Medicos con Conversion a Tiempos Completos*			Enfermeras con Conversion a Tiempos Completos*			Total RHUS Sub Sect. Publico	% según Fuent. Financ.
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total		
TGN-HIPC	2.740	1.344	4.084	1.498	728	2.226	6.309	73,8%
GOBERNACION	264	308	572	348	180	528	1.100	12,9%
MUNICIPIO	87	163	250	153	181	334	584	6,8%
SIN DATO	69	298	367	-	-	-	367	4,3%
FONDOS PROPIOS	44	14	58	93	12	105	163	1,9%
IGLESIA / ONG	2	5	7	2	9	11	18	0,2%
RIESGO COMPARTIDO	3	-	3	-	1	1	4	0,0%
TOTAL	3.208	2.132	5.340	2.094	1.110	3.204	8.543	100,0%

* Sumatoria total de los Rh medicos y Lic. Enfermeras que trabajan en el 1er, 2do y 3er nivel, SEDES y Gerencia Redes
 Nota: La Clasificación Urbana - Rural fue asignada por las Redes al crear el código del establecimiento (Fuente SNIS)
 Fuente: Censo Nacional RHUS (MSyD) año 2011
 Elaboración: Propia 2da medición metas regionales RHUS año 2013

Recomendaciones del plenario a la Meta N°13:

1. Se recomienda como necesidad el proponer y plantear la necesidad de desarrollar estudios de mercado sobre las actuales necesidades de requerimientos de profesionales en salud en el sistema público de salud, seguridad social y sub sistema privado, que permita proyectar y definir metas de los requerimientos de profesionales en salud a mediano y largo plazo diferenciados por niveles de complejidad.
2. En la actualidad no se dispone de una información real sobre “sub ocupación” de los recursos humanos en salud formados en estos últimos 10 años por las universidades, se desconocen las escalas salariales ofertadas por instituciones privadas que contratan Rh en salud, algunos municipios definen salarios mínimos para la contratación de los Rh, todo esto necesita una regulación y mayor rectoría del Ministerio de Salud y Deportes en coordinación con el Ministerio de Trabajo para desarrollar estudios en esta temática en todo el sistema nacional de salud.

META 14: Ochenta por ciento de los países en la Región habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales.

Indicador analizado y construido según metodología participativa en trabajo de grupo focal por actores claves invitados al 2do taller nacional para la Medición de las Metas Regionales de los recursos humanos en salud.

Aspectos a indagar	Respuesta	Puntaje
1. El Ministerio de Salud y Deportes tiene una Política Nacional de Salud y Seguridad en el trabajo (5 puntos) y la implementa (5 puntos)	Si	5.0
2. La Política cubre equipo actualizado y reparado / 10	No	0.0
3. Ambientes sanos sin riesgo / 10	Parcialmente	0.0
4. Aéreas de trabajo estructuralmente seguras /10	Parcialmente	0.0
5. Entrenamiento en seguridad /10	No	0.0
6. Provisión de servicios de salud y seguros de salud /10	Si	7.5
Total Puntaje		13.5
Total del Indicador 60/60 es 100% meta		13.5/60 22.5%

- (1) El Ministerio de Salud y Deportes a través de la promulgación del D.S. 29601 dispone de un nuevo modelo de gestión y atención en salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)¹⁶ que en su Art. N°2 que propone como objetivo el contribuir a la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión) y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población. La Seguridad en el trabajo cual está inmersa en la Línea de Acción N°2 Gestión de los Recursos Humanos el Proyecto 2.2 de recuperación de la Rectoría del Ministerio de Salud y Deportes y Compatibilización de leyes, decretos y reglamentos del Sector salud, con base a la actual Constitución Política del Estado de la Política de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.
- (2) El Sistema de Salud no dispone de una política-programas para sostener el mantenimiento preventivo, reparativo y seguro de los equipos e insumos médicos instalados.
- (3) (4) El Sistema Nacional de Salud dispone de normas, procesos, procedimientos de bioseguridad, notificación epidemiológica de los riesgos ocupacionales y normas de construcción de establecimientos de 2do y 3er nivel, pero a la fecha su cumplimiento, evaluación y control de estos procesos normativos son cumplidos y desarrollados parcialmente.
- (5) El Sistema Nacional de Salud a través del Instituto Boliviano de Tecnología Electro Médica (IBTEM) certifica a los profesionales y equipos de radiodiagnóstico instalados en los servicios de salud, pero el Ministerio de Salud y Deportes no dispone de un programa de; capacitación, educación continua y control de riesgos ocupacionales a otros profesionales de salud.

Conclusión Meta N°14; Se debe tener en cuenta que existe una Política de Salud (SAFCI) y de Seguridad para los trabajadores de la salud que cuentan con un puesto de trabajo fijo, pero a la fecha del 2do análisis el grupo focal ha logrado concluir y calificar como avance el **22.5% (13.5 puntos)** del indicador. Restando un **77.5%** (46.5) puntos que se requieren mejorar hasta el 2015.

Análisis Comparativo 1ra y 2da medición: La 1ra medición (2009) registró **100.0%** para la meta N°14. Meta que a través del 2do análisis desarrollado por el grupo focal se registro un puntaje de 13.5 puntos que corresponde al **22.5%** de cumplimiento del indicador. Considerando las observaciones y recomendaciones de los actores claves durante la plenaria final para esta meta expresaron;.....*si bien el país existe y se dispone de un marco normativo, normas, procesos y procedimientos estos en la práctica no están siendo aplicados a cabalidad por los entes gestores y operadores del Sistema Nacional de Salud.*

Recomendaciones técnicas del grupo focal a la Meta N°14:

1. Si bien el país dispone de políticas de salud y seguridad de trabajador, aún no se encuentra implementada en todas las instituciones públicas y privadas por falta de conocimientos sobre estas normas de seguridad de trabajo de los profesionales, por lo que se sugiere que se conforme un Comité de Seguimiento y Evaluación a la seguridad de trabajo en los establecimientos de salud del sub sector público, seguridad social y privados en el país, lo que permitirá generar programas e identificar necesidades técnicas para su implementación-cumplimiento.

Recomendaciones Técnicas del plenario a la Meta N°14:

1. A nivel sectorial nacional existen unidades institucionales responsables de la Salud y Seguridad de los trabajadores, estos están débilmente articuladas con la Unidad de RHUS en cuanto a generar políticas, normas y procesos de gestión que favorezcan el cumplimiento de ambientes sanos y sin riesgos a los trabajadores en salud, desarrollar capacidades, generar procesos de control y certificación de la seguridad en el trabajo.

¹⁶ Decreto Supremo promulgado y puesto en vigencia por el Estado Plurinacional de Bolivia en fecha 11 de junio de 2008.

2. Es necesario que a nivel nacional se analice la temática de “Áreas de Trabajo Seguros” en coordinación plena con el Ministerio de Trabajo que permita disponer, identificar y proponer “Planes de Riesgos”.
3. Los actores claves en plenaria recomendaron desarrollar estudios que permitan disponer de información sobre el cumplimiento de la meta N°14 tanto del sub sector público, seguridad social y privados.

META 15: Al menos 60% de los Gerentes de Servicios y Programas de Salud reunirán requisitos específicos de competencias para la Salud Pública y la Gestión, entre ellos las de carácter ético.

Si bien existe a nivel nacional normas básicas de Administración de Personal (SAP)¹⁷ de uso y aplicación obligatoria en todas las entidades del sector público¹⁸. El Ministerio de Salud, los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y otras entidades del sub sector de la Seguridad Social para la designación de cargos gerenciales y de programas de salud no exige prerrequisitos específicos de competencias en gestión o salud publica necesariamente.

Conclusión Meta N°15; Se concluye en plenaria **“Sin Dato”** para este indicador.

Análisis Comparativo 1ra y 2da medición: La 1ra medición (2009) registró **“Sin Dato”** manteniéndose para la 2do medición también como **“Sin dato”**.

Recomendaciones técnicas grupo focal a la Meta N°15:

1. Se recomienda a la Dirección General de Servicios del Ministerio de Salud y Deportes elaborar un manual de funciones que establezca el perfil técnico para las gerencias técnicas nacionales, gerencias de redes de servicios de salud y programas nacionales y regionales de salud.
2. Existe la necesidad de elaborar un plan estratégico de capacitación en gerencia estratégica, alta gerencia y gerencia en administración de servicios de salud permanente y de acuerdo a las necesidades del sector.

Recomendaciones Técnicas del plenario a la Meta N°15:

1. La coordinadora nacional del Proyecto APL/III expreso que está en proceso la ejecución de un diplomado superior en gestión y administración de servicios de salud con la Universidad NUR dirigido a los gerentes de redes y jefes de servicios del sub sector publico. A este comentario la plenaria recomendó que se tenga cuidado en la selección de los maestrantes en este diplomado para que una vez capacitados estos se desempeñen con los cargos de gerencia de las redes de salud para lograr el impacto y cumplimiento de esta meta.
2. De igual manera se recomendó que se socialice esta oportunidad con mayor énfasis en todo el país y finalizada este diplomado se socialice en la página web del ministerio para conocer el número de beneficiarios y donde están desempeñando sus funciones.

¹⁷ D.S. 26115 que aprueba las Normas Básicas del Sistema de Administración de Personal

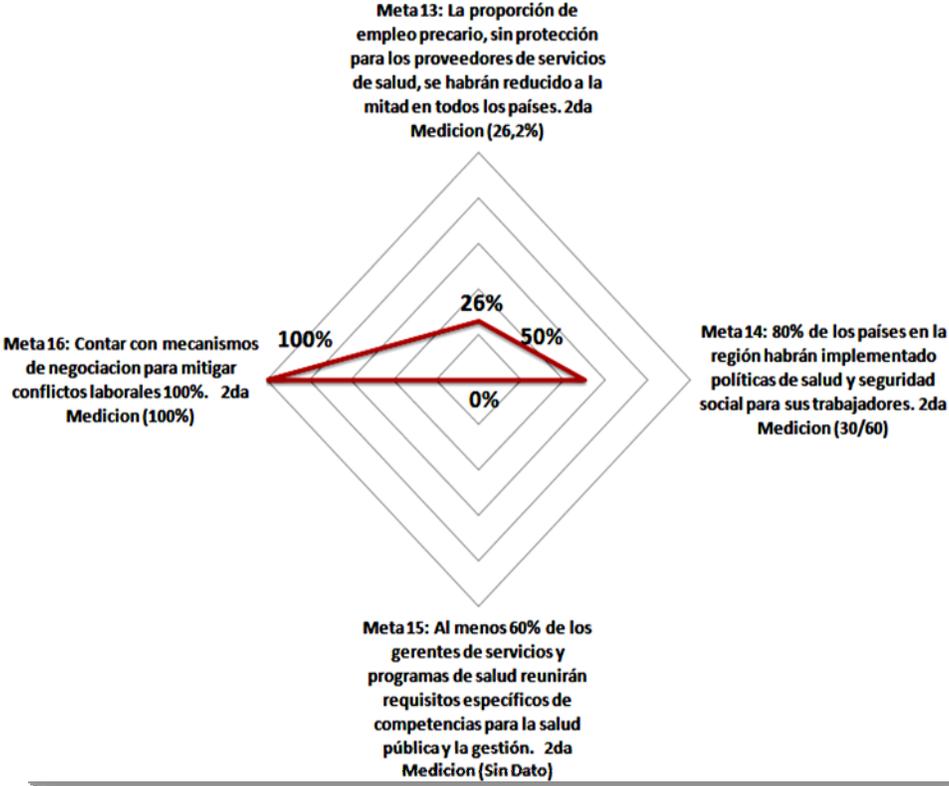
¹⁸ Ley 1178 de Administración y Control Gubernamental, artículos 3° y 4°, Ley 2027 del Funcionario Público (Art. 3°) y Ley 2104 modificatoria a la Ley N° 2027.

META 16: El 100% de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales. Toda vez que se presenten.

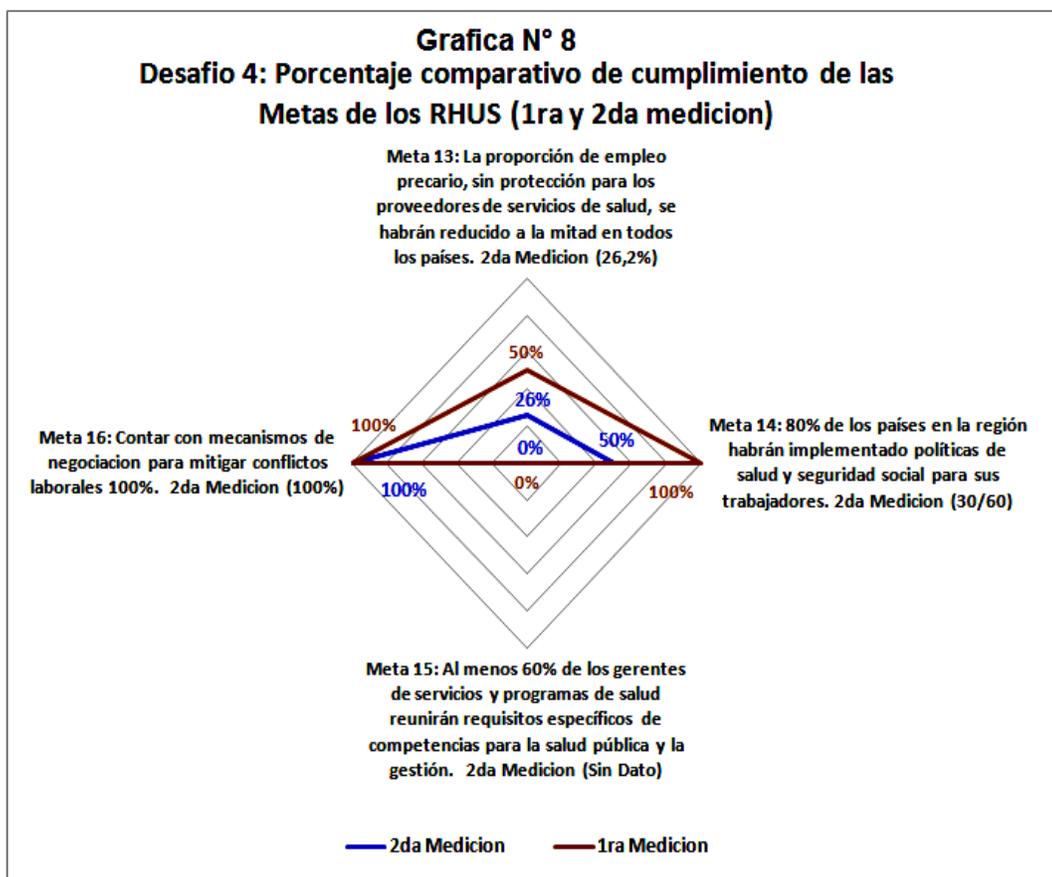
Actualmente en el país si existe legislación que evite la suspensión de servicios esenciales de salud y mecanismos formales de negociación.

Conclusión Meta N°16; Los actores claves en plenaria recomiendan **“Mantener”** el 100% de cumplimiento del indicador registrado en la 1ra y 2da medición de la meta.

Grafica N° 7
Desafio N°4: Porcentaje Cumplimiento 2da Medicion
Metas Recursos Humanos (Bolivia)



Desafío N° 4: Porcentajes de cumplimiento comparativo 1ra y 2da Medición Metas Regionales de los Recursos Humanos en Salud



DESAFIO 5: CREAR MECANISMOS DE COOPERACIÓN ENTRE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y DE SERVICIOS DE SALUD PARA PRODUCIR PROFESIONALES SANITARIOS SENSIBLES A LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD Y CALIFICADOS.

El quinto desafío de Toronto está operativizado en insertar en el concepto renovado de atención primaria de la salud que integre la capacidad de los profesionales de la salud y de la sociedad para reducir la inequidad en salud. Parte del concepto de salud como derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud de manera integral, tomando en cuenta que el desarrollo pleno de la APS requiere prestar especial atención al papel que en este cambio esperado necesita reafirmación del paradigma donde los recursos humanos en salud y las universidades y escuelas formadoras juegan un papel fundamental para desarrollar este cambio esperado.

META 17: El 80% de las Escuelas de Ciencias de la Salud habrán reorientado su formación hacia la Atención Primaria de Salud y las necesidades de la Salud Comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.

Indicador analizado y construido según metodología participativa en trabajo de grupo focal por actores claves invitados al 2do taller nacional para la Medición de las Metas Regionales de los recursos humanos en salud.

Características	SI	NO
1. La escuela de Ciencias de la Salud centra la formación de los profesionales en el modelo Biomédico *		(1)
Médicos.....		(1)
Enfermeras.....		(1)
Obstetricas (enfermera obstetriz).....		(1)
Incluyen contenidos de APS en el currículo **	(1)	
Cambiaron el modelo curricular e integraron el eje de APS ***	(3)	
Tienen estrategias de formación interprofesional ***	(0)	
Existencia de soporte financiero para la formación interprofesional ***	(0)	
TOTAL	7	
TOTAL: 13/13 = 100% META	7/13	

* Califique con 1 punto si es "No" y con 0 cuando es "Si"
 ** En este caso califique con 1 punto cuando es "Si"
 *** Ponga 3 puntos cuando es "Si"

Actualmente en el Sistema Nacional de Salud del país si existe legislación normativa vigente, acuerdos firmados y una instancia técnica nacional bajo rectoría del Ministerio de Salud y Deportes en cuanto a la gestión y planificación estratégica intersectorial con el Ministerio de Educación, Universidades Públicas formadoras (pre y post grado) de recursos humanos en salud a través del "Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación" (CNIDAI) y nueve "Comités Regionales de Integración Docente Asistencia e Investigación" (CRIDAIs). Gestores interinstitucionales responsable de generar; políticas, planes estratégicos de gestión y formación de los RHUS, estandarizar, compatibilizar, revisar procesos metodológicos y competencias que orienten la formación hacia la Atención Primaria de la Salud y responder a las necesidades de la salud comunitaria (SAFCI).

Conclusión Meta N°17; Los actores claves concluyeron con un puntaje total de **7/13 (53.8%)** de cumplimiento del indicador.

Análisis Comparativo 1ra y 2da medición: La 1ra medición (2009) se registró un puntaje de **0.9/13 (7.0%)** de cumplimiento. Para la 2da medición se logro mejorar a **7/13 (53.8%)** este indicador de cumplimiento.

Recomendaciones técnicas del grupo focal a la Meta N°17:

1. Incluir dentro equipo básico de salud a otros profesionales; Bioquímicas, Farmacéuticas, Fisioterapeutas, Nutricionistas, profesionales del área social y de otras tecnologías médicas.
2. Estandarizar el perfil profesional y el perfil de desempeño conjuntamente con el Ministerio de Salud.

3. Unificar diseño curricular en las facultades de Ciencias de la Salud de las Universidades tanto Públicas como Privadas.
4. Incluir en la curricula de las carreras de Ciencias de la Salud la materia de Medicina Tradicional e Interculturalidad como respuesta a la política SAFCI.
5. Incluir en la curricula de las carreras de; Odontología, Bioquímica, Farmacia, Fisioterapia, Nutrición la materia de APS y la política SAFCI.
6. En las carreras de Odontología, Bioquímica, Farmacia, Fisioterapia, Nutrición para el tercer indicador, se debería incluir los contenidos de APS como eje transversal.
7. En el caso de las Universidades Privadas existen entidades que cumplen con las estrategias de formación interprofesional en los primeros semestres de formación, pero no todas son uniformes en cuanto a este cumplimiento.

Recomendaciones técnicas del plenario a la Meta N°17:

1. El Ministerio de Salud y Deportes para el cumplimiento de la meta N°17 requiere integrar, concertar y requerir la elaboración de “Convenios interinstitucionales” con los Gobiernos Autónomos Departamentales y Gobiernos Autónomos Municipales y Universidades del país para consolidar y asegurar recursos de inversiones públicas para fortalecer e incrementar la formación de profesionales hacia la atención primaria de salud, las necesidades de la salud comunitaria y formación interprofesional para cumplir con esta meta.
2. Se requiere estandarizar y compatibilizar los procesos de formación de profesionales en salud (no solo medicina) sino de resto de profesionales para unificar las mallas curriculares a favor de la APS, salud familiar e interculturalidad.
3. Se solicita al Ministerio de Salud y Deportes que el CNIDAI pueda; generar, proponer e implementar procesos de monitoreo y evaluación de las “Competencias” en cuanto a la formación de los recursos humanos en salud.

META 18: El 80% de las Escuelas de Ciencias de la Salud habrán adoptado Programas Específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas y/o afros.

Indicador analizado y construido según metodología participativa en trabajo de grupo focal por actores claves invitados al 2do taller nacional para la Medición de las Metas Regionales de los recursos humanos en salud.

Aspectos a indagar	SI	NO
1. ¿Existen programas de extensión universitaria que integre estudiantes de poblaciones sub atendidas para formarse en las Carreras de Ciencias de la Salud o en Escuelas de Salud Pública?	100%	
2. ¿Qué número y porcentaje de los programas son dirigidos a captar estudiantes que provienen de poblaciones indígenas, o afros o que tienen escasos recursos o que viven en distancia geográficas inaccesibles?		En proceso

Los actores claves concluyeron en la pregunta N°1;....*Que todas las universidades públicas formadoras de recursos humanos en salud del Sistema Público Universitario Nacional disponen de programas de; becas, extensión universitaria y/o desconcentración según normas y reglamentos internos, mallas curriculares que incorporan los enfoques de promoción de la salud, atención primaria de salud y salud familiar comunitaria según las actuales normas SAFCI y el desarrollo de actividades planificadas de*

extensión universitaria a poblaciones rurales en común acuerdo con los Gobiernos Municipales, DILOS y Gerencias de Redes. El grupo focal de igual manera mencionaron que no disponen de datos estadísticos sobre la integración de estudiantes de poblaciones sub atendidas para formarse profesionalmente en las diferentes carreras de ciencias de la salud o escuelas de salud pública.

En cuanto a la pregunta N°2; La guía metodológica exige disponer de datos cuantitativos sobre el numero de universidades y/o programas específicos de formación para estudiantes de poblaciones desatendidas, los actores claves en plenaria; se comprometieron proporcionar al consultor externos de algunos datos oficiales registrados en sistemas estadísticos propios de cada facultad de ciencias de la salud. Concluyendo registrarla a la 2da interrogante como “Sin dato” y según información a ser enviada el consultor externo hará la valoración técnica para luego desarrollar ajustes técnicos necesarios de este indicador.

Conclusión Meta N°18; Los actores claves en plenaria concluyen “Mantener” el 100% de cumplimiento del indicador registrado en la 1ra y 2da medición de la meta.

Recomendaciones técnicas del plenario a la Meta N°18:

1. Los programas de becas, extensión universitaria y/o desconcentración son aplicados en cumplimiento a normativas internas en cada facultad de salud, se debería recomendar a cada facultad o carrera de salud realizar un seguimiento para cada uno de los estudiantes y detectar barreras o necesidades para abandonar o que continúen en las carreras.
2. Recomiendan desarrollar un estudio o análisis de “Deserción y tiempo de permanencia” de los estudiantes en las carreras de la salud, comprometiéndose los actores claves del grupo N°4 a participar y gestionar el apoyo local al Ministerio de Salud y Deportes para desarrollar este tipo de estudios.
3. Las Facultades de Salud deberán planificar cursos propedéuticos de 6 meses de duración para fortalecer los conocimientos que coadyuven a que el estudiante ingrese con el conocimiento necesario a las universidades con facultades de formación de recursos humanos en salud.

META 19: Porcentaje de estudiantes de las escuelas de medicina y enfermería que inician y no terminan las carreras en los años esperados no pasarán del 20%.

Indicador analizado y construido según metodología participativa en trabajo de grupo focal por actores claves invitados al 2do taller nacional para la Medición de las Metas Regionales de los recursos humanos en salud.

Aspectos a indagar / Responder	SI	NO
- Número total de estudiantes de medicina y enfermería que ingresaron en un determinado año (t).		S/D
- A la misma cohorte de estudiantes se la sigue por el número de años que dura la carrera (x) y se cuenta cuántos egresaron.		S/D

La guía metodológica exige disponer de datos cuantitativos sobre el número total de estudiantes de medicina y enfermería que ingresaron en un determinado año (t) y por una cohorte de estudiantes se hará el seguimiento por el número de años que dura la carrera (x) y se cuenta cuantos egresaron. Los actores claves en plenaria; se comprometieron proporcionar al consultor externos de los datos estadísticos oficiales para consolidar este indicador.

Conclusión Meta N°19; Los actores claves en plenaria concluyeron **“Sin dato”** de cumplimiento del indicador.

Análisis Comparativo 1ra y 2da medición; La 1ra medición (2009) se registro **“Sin Dato”** manteniéndose para la 2da medición **“Sin Dato”**.

Recomendaciones técnicas del plenario a la Meta N°19:

1. Existe la necesidad de disponer de un sistema de registros que permita procesar datos de las diferentes instituciones formadoras de recursos humanos y reglamentar a través de una R.M. para que estos datos sean reportados anualmente para cumplir la meta.
2. Para el egreso de estudiantes se propone equidad en la evaluación para la titulación, unificando esta al Internado Rotatorio. Según Ministerio de Educación, el examen de Grado es un proceso que ayuda a determinar la calidad de profesionales que se están titulando.

META 20: El 70% de las Escuelas de Ciencias de la Salud y de las Escuelas de Salud Pública estarán acreditadas (en cuanto a su calidad) por una entidad reconocida.

Indicador analizado y construido según metodología participativa en trabajo de grupo focal por actores claves invitados al 2do taller nacional para la Medición de las Metas Regionales de los recursos humanos en salud.

Aspectos a indagar / Responder	SI
Si se tiene en el país una instancia de acreditación de la educación de pre y post grado (1)	X

(1) El Sistema Nacional de Universidades Públicas según los actores claves participantes del 2do taller nacional mencionaron la existencia y funcionamiento del **“Comité Nacional de Acreditación a las Carreras Universitarias” (CENACU)** para el pre grado y no así para el post grado que según reglamentos y normativas en vigencia la acreditación del post grado estaría bajo responsabilidad del; **“Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación” (CNIDAI)** y los nueve **“Comités Regionales de Integración Docente Asistencial e Investigación” (CRIDAIs)**.

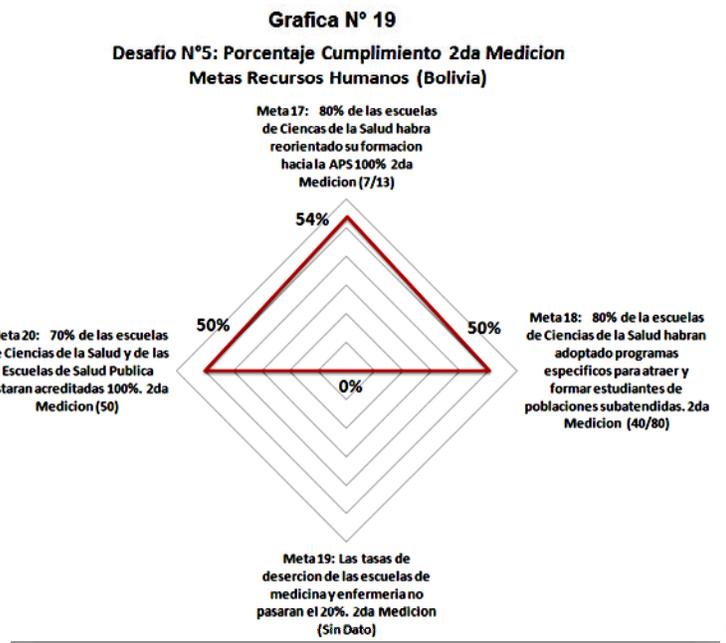
La guía metodológica exige disponer de la existencia acreditadora de la educación de Ciencias Medicas (Ciencias de la Salud) y Salud Publica, de igual manera exige disponer del número de Escuelas de Ciencias Medicas, de Enfermería y de Salud pública acreditadas.

Conclusión Meta N°20; Los actores claves en plenaria concluyeron registrar **“Sin dato”** de cumplimiento del indicador considerando las exigencias de la metodología para este indicador.

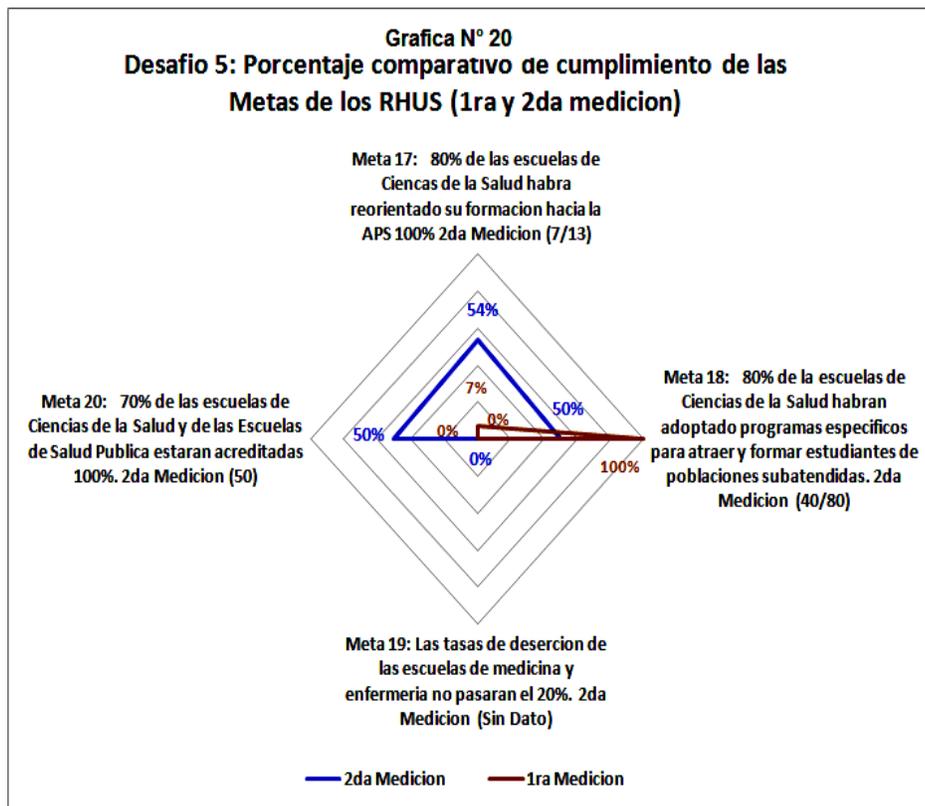
Análisis Comparativo 1ra y 2da medición; La 1ra medición (2009) se registro **“Sin Dato”** manteniéndose para la 2da medición como **“Sin Dato”**.

Recomendaciones técnicas del plenario a la Meta N°20:

1. Se sugiere y recomienda que el Ministerio de Salud y Deportes a través de sus instancias normativas logre desarrollar procesos de acreditación para los post grados en salud de las Universidades Públicas y Privadas en todo el país.



Desafio N° 5: Porcentajes de cumplimiento comparativo 1ra y 2da Medicion Metas Regionales de los Recursos Humanos en Salud



CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES TECNICAS

- Como primera conclusión de la 2da medición intermedia de las metas regionales de los RHUS como metas Bolivia, quedo demostrado que existen algunos avances en el cumplimiento de algunas metas, pero se pone de manifiesto las importantes brechas que existen todavía para el cumplimiento de las 20 metas comprometidas por el país. Situación técnica que deberá motivar aun mas los actores claves tomadores de decisiones del Ministerio de Salud y Deportes a continuar desarrollando esfuerzos técnicos no solo con el cumplimiento de las metas e indicadores propuestos por la metodología de medición sino en disponer de estrategias consolidadas en el corto y mediano plazo para con el desarrollo de los recursos humanos en salud.
- Por las conclusiones y recomendaciones de los actores claves parece altamente indispensable avanzar en la constitución de un “*Equipo de Trabajo*” del más alto nivel del Ministerio de Salud y Deportes que incorpore a los Directores Nacionales de; Redes de Servicios de Salud, Promoción de la Salud, Planificación, Seguros Públicos de Salud y otras Unidades transversales de las diferentes estructuras ministeriales que permita mejorar la toma de decisiones de las autoridades sectoriales, analizar, desarrollar y sostener de manera regular un análisis estratégico de los recurso humano que permita proponer el desarrollo de políticas, estrategias y actividades en el corto y mediano plazo.
- Es de imperiosa necesidad el generar y disponer de un “Plan de trabajo” una vez finalizada la 2da medición intermedia de las metas, que permita anticipadamente determinar en conjunto (equipo de trabajo) los objetivos estratégicos y acciones operativas para el corto y mediano plazo para antes de la 3ra medición intermedia de las 20 metas de los RHUS.
- Si bien se ha demostrado importantes avances en el registro nacional de los RHUS del sub sector público, en plenaria se ha recomendado al equipo nacional del SNIS/VE que estos registro en primera instancia requieren su sistematización y socialización de sus resultados como línea basal su actualización continua a través del Software de Registro Recursos Humanos en Salud (SORE), en segunda instancia analizar e incorporar otras variables que permita disponer de información cuantitativa para la 3ra medición intermedia de las metas N°2, 3, 6, 9, 13 y 16, desarrollar las gestiones técnicas con el INASES para unificar las bases de datos de los RHUS en el SORE y como tercera instancia desarrollar esfuerzos técnicos para disponer de la información de los RHUS de otros sub sectores según disponibilidad normativa y económica.
- El análisis de la Metas N° 3, 7 y 8 ha generado una amplia discusión de los actores claves en las dos plenarias donde se han puesto de manifiesto los siguientes criterios y recomendaciones técnicas;
 - Mejorar el desarrollo de las capacidades en gestión integral de redes y sistemas de salud con enfoque en APS e Interculturalidad que son exigidas por la política SAFCI.
 - El desarrollo de capacidades ha sido muy asimétrico en los RHUS, que no está permitiendo lograr o definir para los “*Equipos Multidisciplinarios*” cuales serian sus ámbitos de competencia y según perfiles epidemiológicos definir poblaciones excluidas y desatendidas sobre esta base de análisis se podrían definir criterios para incorporar a estos equipos otros profesionales de la salud según normas exigidas por la SAFCI.
 - Se tendría que trabajar en mecanismos conjuntos con las Facultades de Salud y Carreras de Enfermería que actualmente cuentan y están formando con el Programa de Enfermeras Obstetricas Comunitarias mismas que requieren disponer de una estrategia para incorporar

gradualmente a estas profesionales a los equipos de salud y mejorar la formación de RHUS hacia adelante pero tomando en cuenta la política y APS.

- Se ha propuesto y recomendado a las autoridades del Ministerio de Salud y Deportes organizar y desarrollar en el corto plazo un “Foro Nacional Especifico” con las Universidad Públicas, Privadas y Escuelas Nacionales de Salud Publica formadoras de RHUS para analizar y afrontar la actual problemática de la formación de los RHUS, paralelamente se ha sugerido desarrollar estudios técnicos específicos para poder conocer las brechas necesidades requeridas de RHUS según niveles de complejidad para que las universidades formadoras de recursos humanos puedan establecer estrategias (trienio) de necesidades sobre cuántos profesionales se requieren como déficit para el país.
- Es necesario conocer cuál será la tendencia de la Política Nacional de Gestión Estratégica de los RHUS para disminuir las brechas de dotación de los RHUS para el tema urbano-rural. En esta línea el plenario ha recomendando la necesidad de disponer de estándares promedios de densidad de recursos humanos para los Municipios Metropolitanos, urbanos (capitales de departamentos), urbano marginales, rurales concentrados y rurales con población dispersa, que permita generar una aproximación de un quinquenio para una buena gestión de distribución equitativa de los recursos humanos en el país.
- Finalmente se ha recomendado que antes de la 3ra medición se deberán desarrollar estos talleres evaluativos en las regiones, de manera que el análisis sea más enriquecedor en cuanto a sus conclusiones y resultados, para que posteriormente el Ministerio de Salud y Deportes convoque el taller nacional de medición de las metas con los actores claves del nivel nacional y representantes elegidos por los talleres regionales.



Responsable Elaboración Informe Técnico:

Dr. Carlos Adolfo Barrero Ortega

Medico Salubrista Epidemiólogo
Consultor externo contratado OPS

Referencias Personales:

Mail: carlosadolfo_barrero@yahoo.es

N° de Celular: **72975268**

Teléf. Domicilio: **(4)6652398**

Dirección Domicilio: **Calle José Luis Boyan N°303**

Barrio Juan XXIII – Zona el Bosquecillo

Ciudad de Tarija - Bolivia