



DT 02/06

*El autor agradece cualquier  
sugerencia o comentario sobre el  
presente documento.*

**UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS**

Documento de Trabajo 02/2006

**REFLEXIONES SOBRE EL RECURSO HUMANO DEL  
SECTOR SALUD EN BOLIVIA**

Adhemar D. Esquivel Velásquez

Julio de 2006

---

El objetivo del presente documento es aportar, a través del análisis de la información disponible, a la discusión sobre la situación de los recursos humanos en el sector salud de nuestro país.

---

Palabras Clave: Recursos Humanos en Salud, Financiamiento, Salarios, Política de Recursos Humanos

Dirección de email del autor: [aesquivel@udape.gov.bo](mailto:aesquivel@udape.gov.bo)

## **RESUMEN EJECUTIVO**

### **REFLEXIONES SOBRE EL RECURSO HUMANO EN SALUD**

Dada la importancia del recurso humano en salud para la implementación de las distintas políticas diseñadas por el Ministerio de Salud y Deportes, el presente trabajo explora la situación del recurso humano en salud analizando las áreas de trabajo, las fuentes de financiamiento, la distribución y el déficit del personal de salud, así mismo realiza un análisis sobre los niveles y composición de los salarios.

En la primera parte del documento se presenta la situación del recurso humano en el subsector público de salud en base a la información disponible. En la segunda parte se presentan algunos lineamientos de política de recursos humanos que fueron resultado de los espacios de dialogo entre los actores del sector salud promovidos por el Ministerio de Salud y Deportes.

Los resultados de la investigación muestran que; i) la distribución de recursos humanos en salud presenta concentración de los mismos en algunos departamentos, así como menor número de personal de salud en los municipios más pobres del país, ii) ésta asignación ha beneficiado más a los hospitales de tercer nivel de atención en detrimento de los establecimientos de primer nivel, iii) la escala salarial del Ministerio de Salud y Deportes presenta 43 niveles salariales, encontrándose algunos con pocas diferencias entre funciones y remuneración básica, iv) se advierte que el actual sistema de remuneración, al no estar asociado al desempeño del personal ni al lugar de trabajo, ocasiona la baja calidad de atención en el subsector público de salud y la ausencia del recurso humano en el lugar de trabajo, principalmente en el área rural, y v) la productividad del personal existente ofrece una opción para cubrir parte del déficit de recursos humanos a través de una mejor distribución del mismo.

Los recursos HIPC II permitieron mejorar la relación personal de salud – población en los establecimientos de primer y segundo nivel de atención sin embargo persiste el déficit de recursos humanos en salud.

Ante lo distintos problemas identificados en la asignación del recurso humano en salud, el presente trabajo recomienda la necesidad de adoptar medidas técnico-administrativas a objeto de mejorar el desempeño del recurso humano en salud a través de la distribución y remuneración del mismo para garantizar la adecuada implementación de las políticas de salud y alcanzar las metas trazadas por el sector. Así mismo se considera importante realizar campañas de sensibilización en el personal de salud sobre su rol en las políticas de salud y su responsabilidad en la salud de la población.

# **Reflexiones sobre El Recurso Humano en Salud**

El recurso humano en salud está conformado por el conjunto de profesionales, técnicos y personal sin instrucción específica que está vinculado a la gestión del sector salud, es decir Médicos, Lic. de Enfermería, Aux. de enfermería, radiólogos, camilleros, trabajadores manuales, choferes, etc..

El recurso humano juega un papel estratégico en todo proceso de cambio, ya que es el responsable de implementar las propuestas diseñadas por el Ministerio cabeza de sector. Por lo tanto, es necesario generar condiciones favorables y estables para contar con la participación del personal en las iniciativas desarrolladas.

En Bolivia, a nivel nacional, la información sobre este recurso humano no esta actualizada, se desconoce el lugar de trabajo (municipio y nivel de atención) y cargo del personal disponible en el subsector público de salud. En los últimos años se llevaron a cabo algunas auditorias especiales que encontraron distorsiones en la gestión de recursos humanos de los establecimientos de salud.

Desde el año 2004 el Ministerio de Salud y Deportes viene desarrollando actividades dirigidas a la construcción de la Política Nacional de Recursos Humanos en Salud. Como parte de este proceso se viene realizando el inventario de recursos humanos, con la finalidad de cubrir la falta de información existente y elaborar una propuesta que mejore las condiciones de trabajo del personal de salud; sin embargo, esta actividad se desarrolla lentamente desde el año 2005. Hasta el mes de enero de 2006 sólo los departamentos de Pando y Tarija habían concluido con el inventario.

El objetivo del presente documento es aportar, a través del análisis de la información disponible, a la discusión sobre la situación de los recursos humanos en el sector salud de nuestro país, entendiendo que el compromiso del personal con las políticas de salud es importante para alcanzar las metas trazadas por el sector.

En la primera parte del documento se presenta la situación del recurso humano en el subsector público de salud en base a la información disponible. En la segunda parte se presentan algunos lineamientos de política de recursos humanos que fueron resultado de los espacios de dialogo entre los actores del sector salud promovidos por el Ministerio de Salud y Deportes.

Finalmente se presentan los principales resultados del documento así como algunas recomendaciones dirigidas a coadyuvar a la construcción de la política de recursos humanos para el subsector público de salud.

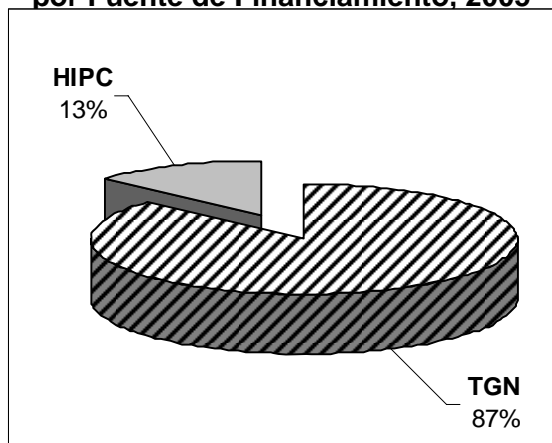
# I. Diagnóstico de la situación del recurso humano en el subsector público de salud

El presente análisis tiene como fuente de información los registros y estadísticas proporcionadas por el Ministerio de Salud y Deportes, Ministerio de Hacienda y la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE). El análisis es realizado para la gestión 2005 y se utilizó la escala salarial de los Servicios Departamentales de Salud.

## A. Áreas de trabajo y financiamiento

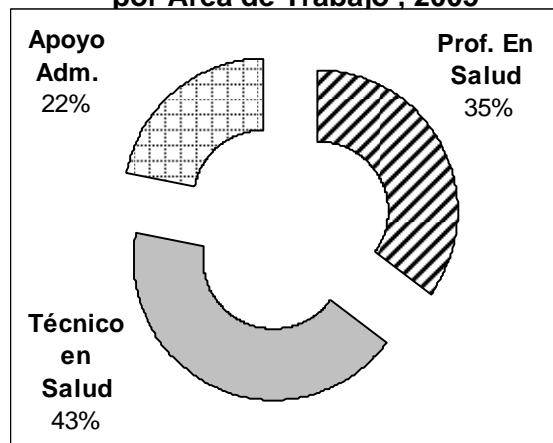
En el año 2005 el subsector público de salud contaba con 17.779 items, de los cuales el 87% fueron financiados con recursos TGN y el 13% era financiado con los recursos del programa ampliado de alivio a la deuda, HIPC II<sup>1</sup>. Respecto a las áreas de trabajo, el 43% eran técnicos de salud, el 35% profesionales en salud<sup>2</sup> y el restante 22% pertenecían al área de apoyo administrativo. (Gráficos 1 y 2)

**Gráfico 1**  
**Porcentaje de Recursos Humanos por Fuente de Financiamiento, 2005**



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes

**Gráfico 2**  
**Porcentaje de Recursos Humanos por Área de Trabajo, 2005**



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes

Según el área geográfica, los departamentos de Chuquisaca, La Paz y Tarija tienen el mayor número de cargos administrativos en relación al promedio

<sup>1</sup> Highly Indebted Poor Countries Ampliado. La Ley N° 2235 del 31 de Julio de 2001, conocida como la Ley del Diálogo 2000, distribuye parte de los recursos provenientes de la condonación de la deuda externa HIPC II para cubrir el déficit de recursos humanos del Sistema Boliviano de Salud Pública.

<sup>2</sup> Los profesionales en salud son: Médicos generales, Médicos especialistas, Odontólogos, Bioquímicos-Farmacéuticos, Lic. Enfermería, Lic. Nutrición y Lic. Trabajadora Social. En cambio los técnicos en salud son: Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Radiólogos, Aux. de Laboratorio, etc.. En el área de apoyo administrativo se encuentra el personal administrativo que coadyuva al funcionamiento de los servicios de salud, desde directores departamentales de salud hasta trabajadores manuales.

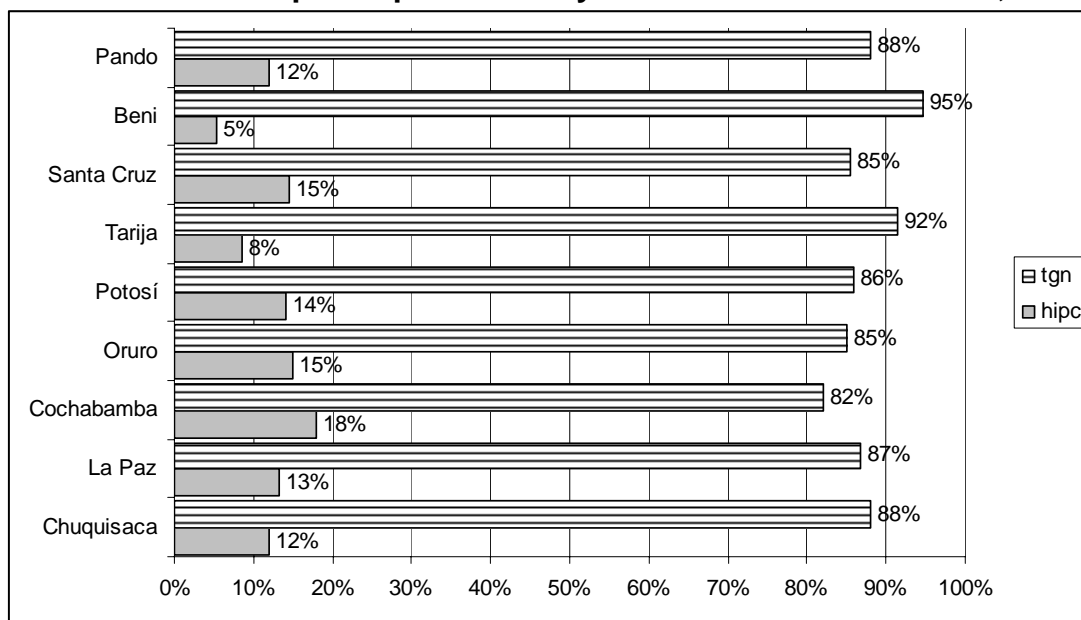
nacional, 25%, 24% y 27% respectivamente, representando en conjunto el 76% del total.

El eje troncal concentra el 61% de los recursos humanos del subsector público, siendo el departamento de La Paz el que cuenta con la mayor participación (24%), seguido de los departamentos de Santa Cruz (23%) y Cochabamba (14%).

Los departamentos de Beni y Tarija tienen la mayor cantidad de personal financiado con recursos TGN, 95% y 92% respectivamente, mientras que en Cochabamba sólo el 82% es financiado por esta fuente. (Gráfico 3)

De la misma manera, de los 4.303 cargos de médicos generales y especialistas existentes en el subsector público del país, 39% son de medio tiempo. El eje troncal concentra el 62% de médicos de tiempo completo y el 74% de los médicos de medio tiempo. Sin embargo, cuando el análisis se lo realiza por habitante, los departamentos con menor asignación de médicos por habitante son los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. (Gráfico 4)

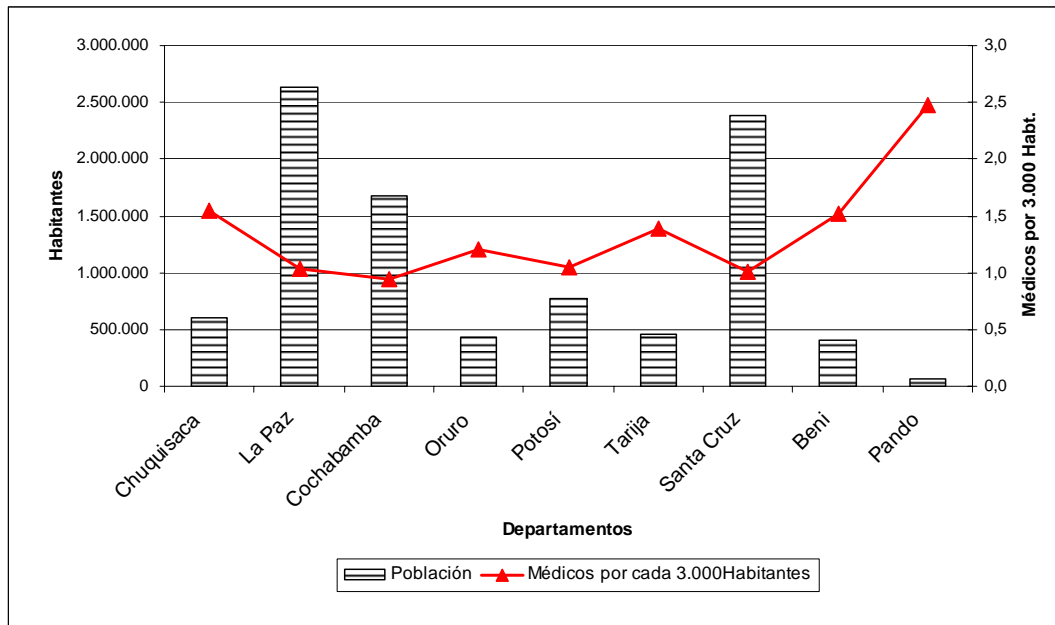
**Gráfico 3**  
**Recurso Humano por Departamento y Fuente de Financiamiento, 2005**



Fuente: Elaboración propia con información del Ministerio de Salud y Deportes

Es importante que el Ministerio de Salud y Deportes concluya el inventario de recursos humanos que viene realizando en los establecimientos del subsector público. Esta información permitirá precisar las acciones que la cabeza de sector deberá llevar a cabo para garantizar una adecuada asignación de recursos humanos en todo el territorio nacional.

**Gráfico 4**  
**Población por Departamento y Médicos por 3.000 Habitantes, 2005**



Fuente: Elaboración propia con información del Ministerio de Salud y Deportes

### Los recursos humanos financiados con recursos HIPC

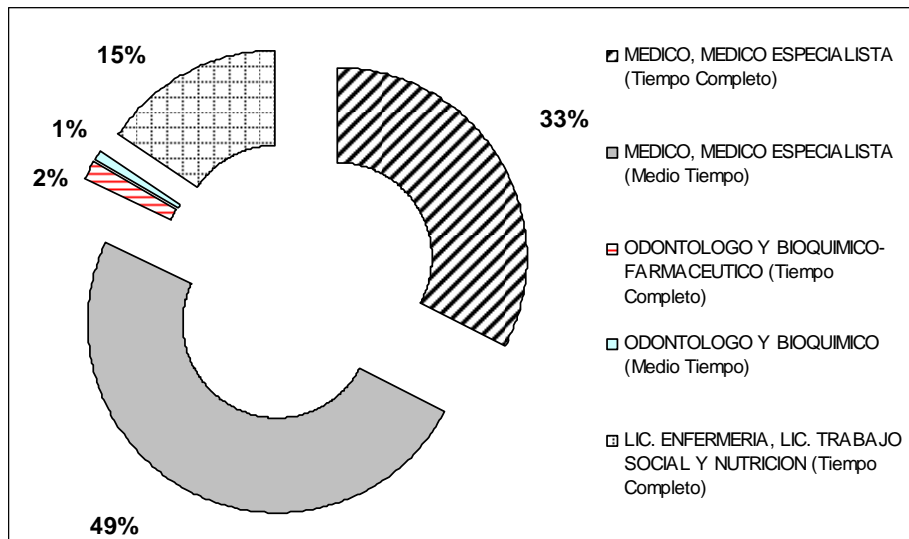
La Ley N° 2235, “Ley del Dialogo Nacional del 31 de julio de 2001”, estableció la creación de 2.209 ítems para el sector salud con un financiamiento de \$us. 8.5 millones provenientes del programa ampliado de alivio a la deuda HIPC II. La asignación de estos recursos humanos obedece a la promulgación del D.S. 26371 del 24 de octubre de 2001.

Para el año 2005, estos ítems se incrementaron a 2368 como consecuencia de los saldos generados por la devaluación del tipo de cambio. En el período 2002-2005 los ítems financiados con recursos HIPC registraron una tasa de crecimiento anual de 2.3%, menor a la registrada por los ítems TGN que fue de 2.7% en el mismo período.

En el 2005, el 49% de los cargos financiados con recursos HIPC eran médicos de medio tiempo y 33% médicos de tiempo completo (Gráfico 5). Es importante hacer notar que el costo de dos médicos de medio tiempo es mayor que el costo de un médico de tiempo completo; de acuerdo a la escala salarial del año 2005, un médico de tiempo completo percibe un haber básico de Bs. 3.213 mensual y un médico de medio tiempo recibe Bs. 1.614 al mes. A esto se le debe sumar los

beneficios de estos cargos sobre el haber básico como la categoría profesional, escalafón médico y bono de frontera<sup>3</sup>.

**Gráfico 5**  
**Composición de los Recursos Humanos HIPC, 2005**



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes

Es necesario analizar la efectividad de los medios tiempos en el personal médico del subsector público de salud y cuantificar el costo que significaría consolidar estos a tiempos completos, con el propósito final de mejorar los niveles de calidad en los servicios públicos de salud.

## B. Niveles salariales

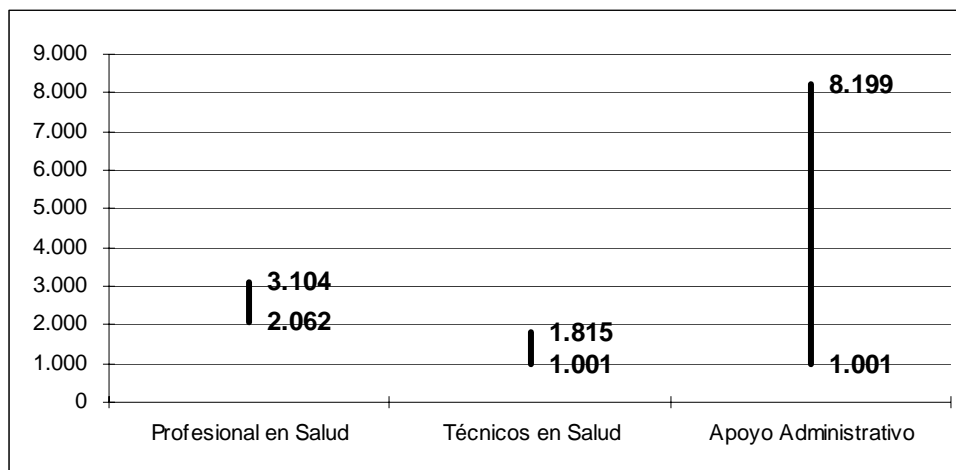
La escala salarial del Ministerio de Salud del año 2005 cuenta con 43 niveles salariales, distribuidos en tres áreas: i) profesionales en salud, ii) técnicos en salud y iii) apoyo administrativo. Entre el máximo haber básico y el mínimo existe una brecha de Bs. 7.198, la distancia es menor en las áreas de los profesionales y técnicos en salud, que alcanza a Bs.1.042 y Bs. 814, respectivamente (Gráfico 6)

<sup>3</sup> Existen dos categorías médicas, para los sin especialidad y los con especialidad. El primero es 10% sobre el haber básico, mientras que el segundo varía de acuerdo a la norma vigente de 60%, 80% y 100% sobre el haber básico.

El escalafón médico, de acuerdo a norma vigente se cancela hasta el 50% del haber básico.

El bono de frontera es el 20% del haber básico si el personal se encuentra trabajando a 50Km. de la frontera.

**Gráfico 6**  
**Rango del Haber Básico de Salud por Área de Trabajo, 2005**



Fuente: Elaboración propia con información del Ministerio de Salud y Deportes

En el mismo gráfico se puede observar que existe una superposición de salarios entre el personal técnico y el de apoyo administrativo, en esta zona se encuentra el 97% de las personas del área administrativa. El 50% de estos, son personas con el cargo de trabajadores manuales<sup>4</sup>, mensajeros, auxiliares de laboratorio y auxiliares de caja.

El 35% de los niveles salariales describen un cargo específico, en cambio el restante 65% registra entre dos a seis cargos diferentes, situación que impide conocer el número exacto de personas que ocupan un determinado cargo. Por ejemplo, en el nivel 27 se encuentran las Auxiliares de Enfermería, Inspector Epidemiológico, Técnico Laboratorio, Rayos X, sumando en total 4.942 personas trabajando con un salario mensual de Bs. 1.382, siendo difícil obtener el dato del número de Auxiliares de Enfermería únicamente. Esta limitante representa un obstáculo en el momento de tomar decisiones sobre el personal de salud en el marco de la política sectorial.

En la escala salarial 2005 del Ministerio de Salud y Deportes financiada con recursos del TGN se ha observado lo siguiente: i) Existen 11 niveles salariales que contienen entre una y tres personas. ii) El nivel 17 tiene una persona en el cargo de enfermera que percibe Bs. 25 más que las enfermeras del nivel 18. iii) En el nivel 37, el haber básico es menor en Bs. 2 al haber básico del nivel 36. En el área administrativa existen 5 niveles salariales que tienen una diferencia entre Bs.2 y Bs.13.

La escala salarial no permite contar con información por municipio, nivel de atención, características del recurso humano y principales funciones

<sup>4</sup> Los trabajadores manuales son personal de limpieza, lavandería, camilleros y mantenimiento.



desarrolladas, limitando la toma de decisiones del Ministerio de Salud y Deportes en la implementación de la política del sector salud.

### C. Distribución del recurso humano de salud

Los recursos humanos y los establecimientos en el sistema público de Bolivia son asignados de acuerdo a la cantidad de población y al perfil epidemiológico. Las redes de servicios están conformadas por establecimientos de primer nivel de atención, hospital de referencia o segundo nivel de atención y el hospital de tercer nivel o referencia departamental. Por lo tanto, las redes de servicios pueden estar conformadas por varios municipios, coincidir con un municipio, o como en el caso de los municipios capitales de departamento, varias redes de servicios de salud operan al interior del municipio. El recurso humano es asignado de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento de salud y a la población asignada.

Los municipios de los dos quintiles más ricos, de acuerdo a las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), tienen mayor asignación de médicos en comparación a los dos quintiles más pobres. En los dos quintiles más pobres el 63% del recurso humano en salud es personal de enfermería, determinando la baja capacidad resolutive del personal de salud en los municipios más pobres. (Cuadro 1)

**Cuadro 1**  
**Recurso Humanos por Quintiles de Pobreza**  
**(Cada 10,000 Habitantes)**

<b>Cargo</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Aux. Enfermería	4	4	6	6	4
Lic. Enfermería	1	1	2	4	1
Médico	1	2	3	7	3

Fuente: Esquivel, A (2002)

Otro aspecto que se debe tomar en cuenta es la calidad del servicio desde la percepción de la comunidad, la cual esta relacionada con la capacidad resolutive del personal de salud, por lo tanto existirán personas que preferirán asistir a un hospital donde encontrarán un médico en lugar de asistir a un puesto de salud donde serán atendidos por un(a) auxiliar de enfermería. De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Sistema Nacional de Salud<sup>5</sup> realizada en el año 2005, la resolución de los problemas por parte de los médicos fue calificada como buena, en cambio la atención brindada por las enfermeras fue calificada como mala.

<sup>5</sup> Ministerio de Salud y Deportes 2005.

## Déficit de recursos humanos

En el año 2002 los recursos humanos HIPC II que se encontraban trabajando representaron el 96% de los cargos creados en la Ley N° 2235, que en el Anexo 2 detallaba la conformación de 2.209 nuevos cargos dirigidos a cubrir el déficit de recursos humanos del Sistema Boliviano de Salud Pública, identificados por nivel de atención al año 2000. (Cuadro 2)

**Cuadro 2**  
**Recurso Humano HIPC por Cargo**  
**Sistema Boliviano de Salud Pública**

<b>Cargos</b>	<b>Dialogo 2000</b>	<b>2002</b>	<b>Cargos Cubiertos</b>
Médicos	1.100	1.048	95%
Lic. Enfermería	200	198	99%
Aux. Enfermería	697	679	97%
Otros Profesionales	212	188	89%
<b>TOTAL</b>	<b>2.209</b>	<b>2.113</b>	<b>96%</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes

De los 2.113 cargos, el 26% fue asignado al primer nivel<sup>6</sup>, el 24% al segundo nivel y el 40% al tercer nivel de atención. La Ley N° 2235 establecía que el 76% del recurso humano debía ser destinado a los dos primeros niveles de atención; sin embargo, se otorgó mayor número de personal al tercer nivel de atención en detrimento del primer y segundo nivel de atención (Cuadro 3), ocasionando que las áreas rurales, donde priman los establecimientos de primer nivel de atención no se hayan beneficiado de la contratación de este recurso humano.

**Cuadro 3**  
**Recurso Humano HIPC por Nivel de Atención**  
**Sistema Boliviano de Salud Pública**

<b>Nivel de Atención</b>	<b>Dialogo 2000</b>	<b>2002</b>	<b>Cargos Cubiertos</b>
Primer	600	557	93%
Segundo	1.070	716	67%
Tercer	539	840	156%
<b>TOTAL</b>	<b>2.209</b>	<b>2.113</b>	<b>96%</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes.

De acuerdo al estudio realizado por el Banco Mundial, "Reforma del Sector Salud en Bolivia: Análisis en el Contexto de la Descentralización" y específicamente en el capítulo sobre Recursos Humanos del Sector Salud en Bolivia<sup>7</sup>, en el año 2002, a pesar de la contratación de recursos humanos HIPC II, persistía un déficit de

<sup>6</sup> Primer nivel de atención se refiere a los puestos y centros de salud. Segundo nivel de atención son los hospitales básicos de apoyo, que cuentan con las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia. El tercer nivel de atención esta constituido por los hospitales generales e institutos y hospitales de especialidades.

<sup>7</sup> Reforma del Sector Salud en Bolivia: Análisis en el Contexto de la Descentralización (2004)

3.230 personas de tiempo completo para los establecimientos de primer y segundo nivel de atención. Sin embargo con la iniciativa HIPC II se tuvo un impacto positivo, ya que se aumentó la relación personal-población en estos establecimientos de salud. (Cuadro 4)

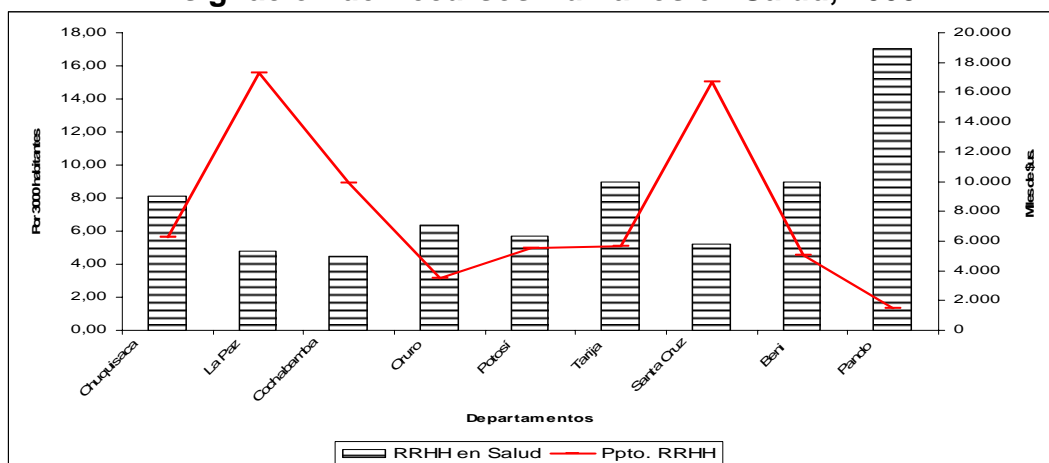
**Cuadro 4**  
**Recursos Humanos del 1er y 2do Nivel de Atención**  
**del Subsector Público de Salud por Cargos**  
**(x cada 100.000 Habitantes)**

Año	Médicos	Lic. Enfermería	Aux. Enfermería
2001	15	6.4	32
2002	23	7.3	38

Fuente: Reforma del Sector Salud en Bolivia: Análisis en el Contexto de la Descentralización, Banco Mundial 2004.

Por otro lado, la distribución de los recursos humanos en salud por departamento es desigual. De acuerdo a los cargos registrados en la escala salarial del año 2005, el departamento de Pando tendría el mayor número de personal por cada 3.000 habitantes, sin embargo, el presupuesto destinado a recursos humanos es el más bajo de los nueve departamentos (1.5 millones de dólares). En cambio, los departamentos de La Paz y Santa Cruz, si bien tienen menor cantidad de recursos humanos por 3.000 habitantes, registran mayor participación en el presupuesto total de recursos destinados al pago del personal de salud. Esta diferencia esta explicada por la alta frecuencia de personal técnico (54%) en el departamento de Pando, mientras que en los departamentos de La Paz y Santa Cruz, existe mayor cantidad de funcionarios del área profesional, 39% y 36 % respectivamente<sup>8</sup>. (Gráfico 7)

**Gráfico 7**  
**Asignación de Recursos Humanos en Salud, 2005**



Fuente: Elaboración propia con información del Ministerio de Salud y Deportes y Ministerio de Hacienda.

<sup>8</sup> En promedio un profesional de salud percibe una remuneración básica mensual de Bs2.446 mientras que un técnico de salud recibe Bs1.404.

En el caso del departamento de Potosí, en el año 2005 contaba con el 8.31% de la población nacional y el 8.15% del personal en salud, al parecer una distribución equitativa, pero el 49% del personal pertenecía al área técnica y 19% al área administrativa, teniendo un efecto en la capacidad resolutive de los establecimientos de salud. (Cuadro 5)

**Cuadro 5**  
**Distribución de Cargos por Departamento, 2005**

<b>Departamento</b>	<b>Profesional en Salud</b>	<b>Técnico</b>	<b>Apoyo Administrativo</b>	<b>Total</b>
Chuquisaca	34%	41%	25%	100%
La Paz	39%	37%	24%	100%
Cochabamba	37%	42%	21%	100%
Oruro	34%	44%	21%	100%
Potosí	32%	49%	19%	100%
Tarija	33%	40%	27%	100%
Santa Cruz	36%	44%	21%	100%
Beni	28%	51%	21%	100%
Pando	29%	54%	16%	100%

Fuente: Elaboración propia con información del Ministerio de Salud y Deportes.

A continuación se realiza un ejercicio para estimar el déficit de médicos en el subsector público de salud. Se considera sólo médicos debido a que éste cargo permite cuantificar los casos existentes, partiendo del supuesto de que todos los que se encuentran trabajando en este cargo cumplen las funciones del mismo<sup>9</sup>.

### Caso: Médicos generales y médicos especialistas

De acuerdo a los cargos registrados en la escala salarial del año 2005, el sistema público de salud tiene 3.472 ítemes de médicos de tiempo completo<sup>10</sup>. Utilizando la norma establecida en el D.S. 26371 del 24 de octubre de 2001, referido a la asignación de los recursos humanos HIPC II, se calculó el requerimiento de médicos para el primer y segundo nivel de atención (4.321). El déficit encontrado de 849 ítemes estaría subestimado, debido a que no se considera el requerimiento de médicos para el tercer nivel de atención, la dispersión poblacional y las características particulares de cada región. (Cuadro 6)

<sup>9</sup> En el informe de auditoria especial de recursos humanos realizado en el Hospital Viedma de la ciudad de Cochabamba se encontró incompatibilidad de funciones entre la designación del cargo con respecto al cargo desempeñado. Personal administrativo ocupaba ítem de médico.

<sup>10</sup> Dos medios tiempos se tomaron como tiempo completo.

**Cuadro 6**  
**Médicos Generales y Médicos Especialistas, 2005**

Departamentos	Médicos		Diferencia
	Requeridos	Efectivos 2005	R - E
Chuquisaca	276	309	-33
La Paz	1.206	910	296
Cochabamba	766	529	237
Oruro	199	174	25
Potosí	352	268	84
Tarija	210	213	-3
Santa Cruz	1.095	808	287
Beni	187	206	-19
Pando	31	55	-24
<b>BOLIVIA</b>	<b>4.321</b>	<b>3.472</b>	<b>849</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes y D.S. 26371 del 24 de octubre de 2001.

Si bien en el cálculo de médicos efectivos se encuentran los médicos de tercer nivel de atención, el ejercicio es útil para señalar el déficit de recursos humanos existentes en el sistema boliviano público de salud. En este caso, ante una dotación de recursos humanos para los dos primeros niveles de atención, se deberían priorizar los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz.

De acuerdo a la norma establecida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cada médico debería realizar cuatro consultas externas en una hora. Si tomamos en cuenta este parámetro como referencia de la productividad del personal, observamos que existiría un período ocioso del personal médico. (Cuadro 7)

**Cuadro 7**  
**Participación del Personal Médico en la Consulta Externa**

Departamento	Médicos Efectivos	Consulta Externa Nueva y Repetida	Relación CE / M	Número Días Hábiles	CE por Médico al día	Horas de Trabajo	CE por Médico en 1 hora
Chuquisaca	309	835.389	2.704	261	10	6	2
La Paz	910	1.580.632	1.737	261	7	6	1
Cochabamba	529	927.518	1.753	261	7	6	1
Oruro	174	290.318	1.668	261	6	6	1
Potosí	268	820.807	3.063	261	12	6	2
Tarija	213	493.111	2.315	261	9	6	1
Santa Cruz	808	1.679.227	2.078	261	8	6	1
Beni	206	381.153	1.850	261	7	6	1
Pando	55	111.311	2.024	261	8	6	1
<b>BOLIVIA</b>	<b>3.472</b>	<b>7.119.466</b>	<b>2.051</b>	<b>261</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Deporte y Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).

CE=Consulta Externa; CE/M=Consulta Externa/Médicos.

Si se ajusta esta información, suponiendo que el personal médico sólo dedica el 50% de su tiempo a la consulta externa y el resto del tiempo lo destina a otras actividades relacionadas con sus funciones, los resultados obtenidos muestran que el número de consultas por hora aumentan, pero aún existe un tiempo

dedicado al ocio. Los departamentos de Chuquisaca y Potosí presentan 4 consultas por hora, acorde a la norma establecida por la OPS, mientras que los departamentos de Tarija, Santa Cruz, Beni y Pando tienen menor capacidad ociosa que los departamentos de La Paz, Cochabamba y Oruro. (Cuadro 8)

De acuerdo a este ejercicio es posible que una parte del déficit en los recursos humanos del sistema público de salud sea cubierto a través de una mejor distribución del personal existente en los diferentes niveles de atención. Así mismo, es posible destinar este tiempo a la promoción de la salud, enfoque de la gestión de salud presentado en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010.

**Cuadro 8**  
**Participación del 50% del Personal Médico en la Consulta Externa**

Departamento	Médicos Efectivos	Consulta Externa Nueva y Repetida	Relación CE / M	Número Días Hábiles	CE por Médico al día	Horas de Trabajo	CE por Médico en 1 hora
Chuquisaca	309	835.389	2.704	261	10	3	3
La Paz	910	1.580.632	1.737	261	7	3	2
Cochabamba	529	927.518	1.753	261	7	3	2
Oruro	174	290.318	1.668	261	6	3	2
Potosí	268	820.807	3.063	261	12	3	4
Tarija	213	493.111	2.315	261	9	3	3
Santa Cruz	808	1.679.227	2.078	261	8	3	3
Beni	206	381.153	1.850	261	7	3	2
Pando	55	111.311	2.024	261	8	3	3
<b>BOLIVIA</b>	<b>3.472</b>	<b>7.119.466</b>	<b>2.051</b>	<b>261</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Deporte y Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).  
CE=Consulta Externa; CE/M=Consulta Externa/Médicos.

Al comparar el déficit de médicos y el número de consultas externas realizadas por hora por médico, se obtienen los siguientes resultados:

- i) El departamento de Potosí, a pesar del déficit registrado en médicos cumpliría con la atención de 4 consultas externas por hora, siendo el recurso humano más eficiente.
- ii) En el departamento de Santa Cruz, que también registra déficit de médicos presenta menor número de consultas externas a la norma, pero sería más eficiente que los departamentos de La Paz, Cochabamba y Oruro.
- iii) El resto de los departamentos, Chuquisaca, Tarija, Beni y Pando, parecerían ser los menos eficientes, sin embargo podrían estar explicadas por la dispersión territorial y la dificultad de acceso en estas regiones, de todas maneras este ejercicio permite identificar temas que requieren de mayor investigación. (Cuadro 9)

**Cuadro 9**  
**Situación del Requerimiento de Médicos**  
**Vs. Consultas Externas Atendidas por Hora**

<b>Departamento</b>	<b>CE por Médico en 1 hora</b>	<b>Déficit(+)/ Superavit (-) Médicos</b>
Chuquisaca	3	-33
La Paz	2	296
Cochabamba	2	237
Oruro	2	25
Potosí	4	84
Tarija	3	-3
Santa Cruz	3	287
Beni	2	-19
Pando	3	-24

Fuente: Elaboración propia.

## D. Composición del salario en salud

Para el año 2001, del costo total de recursos humanos en salud, el 70% de la composición de los salarios correspondía a los haberes básicos, el 30% restante estaba distribuido en aportes a la seguridad social de corto y largo plazo, subsidio para la vivienda, asignaciones familiares, antigüedad en el cargo, bono de vacunación, bono de frontera, categoría profesional y escalafón. (Cuadro 10)

**Cuadro 10**  
**Composición de los Costos Salariales, 2001**

<b>Descripción</b>	<b>Miles de \$us.</b>	<b>Porcentaje</b>
Haber Básico	42.501	70%
Seguro Salud	4.844	8%
Pensiones	947	2%
Subsidio para la vivienda	969	2%
Asignaciones familiares	541	1%
Antigüedad en el cargo	2.629	4%
Bono de vacunación	1.100	2%
Bono de frontera	1.313	2%
Categoría profesional	5.498	9%
Escalafón	550	1%
<b>TOTAL</b>	<b>60.892</b>	<b>100%</b>

Fuente: Reforma del Sector Salud en Bolivia: Análisis en el Contexto de la Descentralización, Banco Mundial 2004.

Respecto a la composición de los costos salariales del año 2001 cabe hacer las siguientes aclaraciones. La categoría profesional y el escalafón premian la actividad científica y los años de trabajo en el sector; los bonos de frontera o zona, remuneran la ubicación del recurso humano; el bono de vacunación beneficia a las personas afiliadas al sindicato de trabajadores de salud; la antigüedad en el cargo se paga de acuerdo a los años de trabajo en el sistema; el seguro de salud,

pensiones y subsidio para la vivienda se aplican de acuerdo a las disposiciones legales correspondientes.

Este sistema de reenumeración premia la antigüedad del funcionario y su afiliación al sindicato de trabajadores de salud y no así la productividad del mismo, por tanto no representa un incentivo para trabajar en el área rural y no está vinculado al desempeño del personal.

Por otro lado, en el estudio realizado por el Banco Mundial, “Reforma del Sector Salud en Bolivia: Análisis en el Contexto de la Descentralización” se han identificado otros factores que afectan la productividad del personal de salud, los cuales se presentan a continuación:

- Ausencias de los funcionarios de salud en las fuentes de trabajo, debido a la falta de control adecuado de la asistencia del personal.
- Las huelgas, se han registrado entre 4 y 7 semanas al año de huelgas (2002) en los trabajadores de salud, estimación que no incorpora los paros regionales.
- La alta frecuencia de cursos de capacitación del personal que ocasiona ausencias del recurso humano en las fuentes de trabajo.
- Las altas tasas de rotación del personal que ocasionan ausencias y pérdidas de destrezas específicas en el personal.
- La concentración del personal en los turnos de la mañana en los establecimientos de salud, dejando las tardes sin atención.

Estos aspectos que afectan la productividad del personal sustentan los resultados obtenidos en el ejercicio realizado para los médicos del subsector público de salud.

Se considera importante el compromiso del personal de salud con las políticas de salud, por lo tanto será necesario llevar a cabo campañas de sensibilización sobre la importancia de su labor en el desarrollo de las políticas y su responsabilidad en la salud de la población.

## **E. Gasto público en recursos humanos**

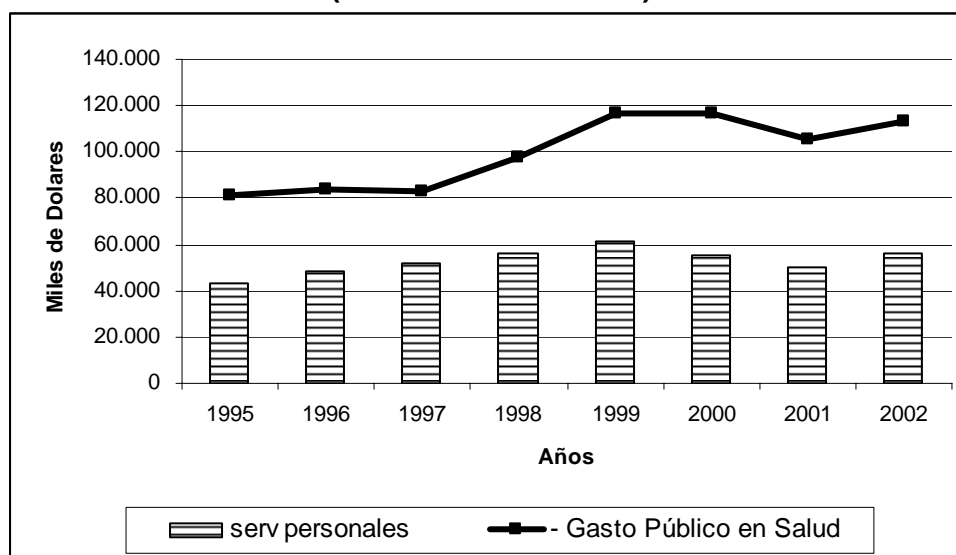
El gasto público en salud<sup>11</sup> durante el período 1995-2002 registró un comportamiento ascendente, con un importante cambio entre 1997 y 1999, explicado por la implementación de los seguros públicos de salud. Sin embargo, una parte importante del gasto en salud continúa siendo el costo de los recursos humanos. (Gráfico 8)

---

<sup>11</sup> El último estudio de Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud realizado por el Ministerio de Salud y Deportes fue presentado en el año 2004 y cuenta con información del Gasto Nacional de Salud para el período 1995-2002.



**Gráfico 8**  
**Evolución del Gasto Público en Salud y la Remuneración**  
**a los Recursos Humanos**  
**(En Miles de Dólares)**



Fuente: Elaboración propia con información de Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud, M. Cárdenas – Ministerio de Salud y Deportes (2004).

El crecimiento anual de los recursos humanos entre el 2001 y 2005 ha sido en promedio 5.2%, donde los profesionales en salud tuvieron una tasa de crecimiento mayor al resto de las áreas (Cuadro 11). Sin embargo, tomando en cuenta el crecimiento de la oferta de servicios de salud, como las atenciones otorgadas por el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), que entre el año 2004 y 2005 registraron un crecimiento del 15.3%<sup>12</sup>, la ampliación de coberturas del SUMI<sup>13</sup> dirigidas a las mujeres en edad fértil y la atención del Seguro de Salud del Adulto Mayor<sup>14</sup> para ciudadanos mayores de 60 años de edad, el Sistema Nacional de Salud requerirá mayores recursos humanos y una metodología para asignar eficientemente los recursos humanos existentes y garantizar la adecuada implementación de estas iniciativas. De la misma manera, la propuesta del Gobierno sobre la implementación de nuevos seguros públicos dirigidos a la población de 5 a 60 años de edad, debe ser considerada en el requerimiento de personal de salud.

<sup>12</sup> Unidad Nacional de Gestión del SUMI, prestaciones 2004=14.858.995 y 2005=17125015.

<sup>13</sup> Ley N° 3250 del 6 de diciembre de 2005

<sup>14</sup> Ley N° 3323 del 5 de enero de 2006, para ciudadanos mayores a 60 años.

**Cuadro 11**  
**Recursos Humanos del Subsector Público**

<b>Área</b>	<b>2001</b>	<b>2005</b>
Profesional	4.313	6.269
Técnico	6.199	7.564
Administrativo	3.988	3.946
<b>Total</b>	<b>14.500</b>	<b>17.779</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes.

Nota: No incluye el nivel central, el 2005 incorpora RRHH-HIPC.

Considerando los niveles salariales del personal de salud, es necesario elaborar una política salarial que mejore las condiciones del personal de salud, comprometiendo el recurso humano con la política de salud. La presencia y permanencia del recurso humano en el área rural, sin duda alguna, forma parte de éste desafío pendiente en el subsector público de salud.

Como insumos para la construcción de una política nacional de recursos humanos se ha considerado importante recoger algunos lineamientos estratégicos que fueron resultado de los espacios de discusión que el sector salud ha venido promoviendo en los últimos años.

## **II. Lineamientos para una Política Nacional de Recursos Humanos en Salud**

Se han rescatado como lineamientos para la política de recursos humanos los resultados a los que arribaron las diferentes reuniones llevadas a cabo entre el Ministerio de Salud y Deportes y los actores del sector salud.

### **A. Congreso de Salud (Ciudad de Sucre del 24 al 26 de abril de 2002)**

Este congreso generó un espacio de reflexión y debate sobre los desafíos de la salud boliviana para los próximos años, a través de presentaciones de las experiencias internacionales, líneas estratégicas de los partidos políticos, posiciones de las organizaciones e instituciones nacionales y de la sociedad civil y comentarios de ex Ministros de Salud.

Las propuestas del congreso relacionadas con el tema de recursos humanos fueron las siguientes:

- Mejorar la dotación, distribución y capacitación de los recursos humanos en salud, generando un proceso integral de institucionalización de los cargos.

- Formación y administración de recursos humanos: creación de empleos que favorezcan su distribución equitativa, respetando los derechos laborales y mejorando las condiciones de trabajo. Creación de items para la práctica de la medicina tradicional.
- Formación de recursos humanos por parte de las Universidades de acuerdo a los perfiles epidemiológicos y necesidades del sistema de salud y adecuados a las realidades culturales de la población. Implementación de programas de formación de recursos humanos para la salud de las comunidades indígenas y originarias.

## B. Primer Dialogo Nacional de Salud (Ciudad de Cochabamba del 17 al 18 de octubre de 2004)

El primer Dialogo Nacional de Salud contó con la participación de los actores institucionales del sector salud. El objetivo de éste espacio tuvo como orientación la contribución a reposicionar el rol de la salud pública en la rectoría y las decisiones de gestión de la política sectorial, de los recursos humanos y financieros en el marco del proceso de descentralización, participación popular, equidad, mejoramiento de la calidad y satisfacción del usuario y de la inclusión social.

Las líneas de acción propuestas en la mesa de políticas de recursos humanos fueron las siguientes:

- Fortalecer el funcionamiento del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación (CNIDAI), orientándolo a la formación con enfoque en salud familiar y atención primaria.
- Restituir el año de provincia obligatorio.
- Establecer la carrera administrativa en el sector salud.
- Establecer que los sindicatos cumplan su verdadero papel sin intromisión en aspectos técnicos y administrativos.
- Establecer libre acceso a la información de los recursos humanos.
- Establecer reglas homogéneas para el personal, especialmente en relación a salarios y trato igualitario.
- Establecer un sistema de difusión de información relativa a políticas y gestión de recursos humanos.

## C. Segundo Dialogo Nacional de Salud (Ciudad de La Paz del 25 al 26 de abril de 2005)

Este Dialogo se llevo a cabo con la participación de la sociedad civil organizada, tomando los fundamentos de la política nacional de salud vigentes como orientaciones iniciales para la construcción de una voluntad colectiva de cambio y establecimiento de compromisos de responsabilidad de todos.

El objetivo del encuentro fue que a través de la concertación entre los diversos actores de la sociedad civil y las instituciones públicas que tienen relación directa e indirecta con el sector salud, establecer políticas, estrategias y acciones, que permitan mejorar y preservar el estado de salud de la población boliviana, en un marco de inclusión, participación y justicia social.

Los resultados de las mesas de trabajo relacionadas con los recursos humanos en salud fueron los siguientes:

- Mayor asignación de recursos humanos en un marco de equidad y justicia que priorice las actividades preventivas y promocionales, frente a las curativas y reparativas. Brindando atención a la población del área rural, de pueblos originarios y demás grupos excluidos.
- El personal de salud del área rural necesita mayor contacto, sensibilidad y comunicación con las poblaciones.
- Priorizar la utilización de personal indígena (guaraní, aymara, quechua, otros) en los servicios de salud para atender a la población en su idioma y costumbres,
- El médico de provincia debe ir como pasante al área rural.
- Promover condiciones de trabajo saludables para el personal de salud, institucionalizar los cargos, planificar la dotación y capacitación de los recursos humanos. Implementar un sistema de evaluación, supervisión y evaluación descentralizado, priorizar en la dotación de recursos humanos a los departamentos postergados (Chuquisaca, Potosí y Oruro), que las capacitaciones se realicen en horarios fuera de los de trabajo.

D. Política Nacional de Salud (Ministerio de Salud y Deportes, Noviembre de 2004) y los Avances Hacia una Política Nacional de Recursos Humanos.

Entre las políticas planteadas en la Política Nacional de Salud se encuentra el Desarrollo de Recursos Humanos, que establece el desarrollo de una política racional de sueldos e incentivos, el mejoramiento de su calidad técnica, el aumento de su capacidad de gestión y su adecuada dotación en las redes de salud.

La Dirección General de Asuntos Administrativos del Ministerio de Salud y Deportes ha presentado en el mes de enero de 2006 los siguientes avances hacia una Política Nacional de Recursos Humanos:

- **Gestión Estratégica de Recursos Humanos**, dirigida tanto a administrar al personal, procurar su capacitación y desarrollo, como el replanteamiento de la plantilla, alienando estos procesos a las competencias requeridas por el personal del MSD y del Sector Salud en general.

- **Manual de Procedimientos de Contratación de Personal**, describe el proceso y procedimientos de contratación del personal, referidos a reclutamiento, selección, contratación, inducción y confirmación de los mismos.
- **Metodología de Dotación de Recursos Humanos para Salud**, apoya la toma de decisiones en la cantidad, tipo y distribución de personal en los establecimientos públicos de salud, analizando la situación de los recursos humanos con relación a la producción.
- **Manual de Normas y Procedimientos de Evaluación de Desempeño**, regula y operativiza las normas establecidas en el sistema público nacional y aquellas adoptadas y aprobadas en la Institución orientas al desarrollo personal y profesional de sus servidores públicos.
- **Inventario de Recursos Humanos en Salud de Bolivia**, dirigido a identificar el tipo de recursos humano, nivel de atención y municipios donde trabaja. Así como las principales características personales, laborales, académicas y funciones desarrolladas en el establecimiento de salud. A la fecha se han presentado los inventarios de los Departamentos de Chuquisaca y Pando.

Los avances de la Política Nacional de Recursos Humanos en Salud constituyen un importante avance, sin embargo para iniciar un cambio en la gestión de los recursos humanos en salud, orientado a promover la equidad en el acceso a los servicios de salud de calidad, es necesario determinar la situación del mercado de trabajo en salud (informalidad, demanda por personal calificado, diferencias salariales, la flexibilidad laboral sin protección y la regulación del mercado de trabajo). Un insumo importante para esta labor es el inventario de recursos humanos en el subsector público de salud.

Los avances en este tema en el marco de la medicina tradicional e interculturalidad, el Ministerio de Salud y Deportes presentó importantes avances incorporando a los médicos y parteras tradicionales al Sistema Nacional de Salud, a través de la Resolución Ministerial 902/2004 del 20 de diciembre de 2004. Además, se inicio el proceso de adecuación intercultural en 60 establecimientos seleccionados, distribuyendo equipamiento de adecuación intercultural, capacitando al personal y elaborando una guía de adecuación intercultural de atención de salud materna. Sin embargo, queda pendiente la inventariación de las personas que trabajan en esta área del sector de salud.

## Conclusiones y recomendaciones

Del análisis realizado en el presente documento de trabajo se destaca lo siguiente:

- La escala salarial como instrumento de gestión de recursos humanos en el subsector público de salud limita la identificación del personal por funciones, nivel de atención y municipio donde trabaja. Afectando de esta manera la adecuada toma de decisiones de la cabeza de sector sobre la asignación del recurso humano.
- En el año 2002 la iniciativa HIPC II ha mejorado la relación personal de salud-población en los primeros y segundos niveles de atención, sin embargo los terceros niveles recibieron mayor número de recursos humanos a lo establecido en la Ley del Dialogo Nacional.
- Es necesario evaluar la efectividad de los medios tiempos en el personal médico y cuantificar el costo que significaría consolidar los mismos en tiempos completos, para mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud.
- En los municipios de los dos quintiles más pobres, el 63% del personal es de enfermería, mientras que en los quintiles más ricos existe mayor número de médicos por habitante, determinando la baja capacidad resolutive de los establecimientos de salud en los municipios más pobres.
- La actual distribución de recursos humanos beneficia algunos departamentos dotándoles de mayor personal profesional, en cambio otros departamentos cuentan con menor personal medico y abundante personal técnico, reduciendo por consiguiente la capacidad de resolución de los establecimientos de salud de esas regiones.
- La productividad del personal existente ofrece una opción para cubrir parte del déficit de recursos humanos del sistema público de salud a través de una mejor distribución del mismo.
- El actual sistema de renumeración no está asociado al desempeño del personal ni al lugar de trabajo, ocasionando la baja calidad de atención en el subsector público de salud y la ausencia del recurso humano en el área rural.
- Existen otros factores que inciden en la productividad del recurso humano del subsector público de salud, como las altas tasas de rotación del personal y la concentración en los turnos de la mañana.

Considerando lo señalado anteriormente, cabe tomar en cuenta lo siguiente:

- El recurso humano es un factor que debe ser considerado en la ampliación de coberturas del SUMI, la atención del Seguro de Salud del Adulto Mayor y las iniciativas de los nuevos seguros públicos.
- Es necesario que el subsector público de salud migre a una nueva forma de remuneración, con la finalidad de mejorar la calidad de atención de los servicios de salud, especialmente en el área rural y en los primeros niveles de atención.
- Es importante realizar un estudio sobre la actual distribución de los recursos humanos por cargo, establecimiento y lugar de trabajo, para cuantificar las necesidades y realizar una asignación eficiente del recurso humano en el subsector público de salud.
- El sector ha realizado importantes avances para la formulación de una política de recursos humanos, los cuales requieren de continuidad e impulso especial de las autoridades del Ministerio de Salud y Deportes.
- Se debe continuar con el inventario de recursos humanos, promoviendo las ventajas de éste para el reordenamiento y la formulación de una nueva política salarial en el sector.
- El Ministerio de Salud y Deportes ha venido promoviendo espacios de dialogo con los diferentes actores del sector, los resultados de los mismos deben ser tomados en cuenta en el momento del diseño de políticas públicas dirigidas al personal de salud.
- La Política Nacional de Recursos Humanos en Salud debe estar orientada a promover la equidad en el acceso a los servicios de salud de calidad, por lo tanto es necesario en primera instancia determinar la situación del mercado de trabajo en salud. Tomando en cuenta la informalidad, demanda por personal calificado, diferencias salariales, la flexibilidad laboral sin protección y la regulación del mercado de trabajo.
- La Política Nacional de Recursos Humanos en Salud debe contemplar una metodología de asignación de recursos humanos tanto para el nivel departamental como para el nivel municipal, tomando en cuenta los tipos de establecimientos de salud.
- Se debe realizar un inventario de las personas que trabajan en el campo de la medicina tradicional así como parteras, con la finalidad de promover la articulación entre la medicina tradicional y la medicina occidental.

- Con la finalidad de comprometer al personal de salud con las políticas de salud, se deben realizar campañas de sensibilización sobre la importancia de su labor en el desarrollo de las políticas de salud y la responsabilidad que tienen con la salud de la población.



## **Bibliografía**

Banco Mundial (2004). Reforma del Sector Salud en Bolivia: Análisi en el Contexto de la Descentralización.

Brito, Pedro (1999). Situación y Tendencias de Recursos Humanos de Salud en las Reformas Sectoriales en Nueve Países de América Latina y el Caribe.

Brito, Pedro; Padilla, Mónica; Rigoli, Felix (2002). Planificación de Recursos Humanos y Reformas del Sector Salud.

Cárdenas, Marina (2000). Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud.

Cárdenas, Marina (2004). Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud, Segunda Edición.

Esquivel, Adhemar (2002). Seguro Básico de Salud: Instrumento de Política Pública de Salud Dirigido a Promover la Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud. Documento de Trabajo - Ministerio de Salud y Previsión Social.

Ministerio de Salud y Deportes (2004). Bases para el Diseño de una Política Nacional de Recursos Humanos.

Ministerio de Salud y Deportes (2005). Dialogo Nacional de Salud

Ministerio de Salud y Deportes (2005). Dialogo Nacional de Salud, Segunda Fase.

Ministerio de Salud y Deportes (2005). Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Ministerio de Salud y Previsión Social (2001). Informe de Auditoria Especial de Recursos Humanos en el Hospital Clínico Viedma de la Ciudad de Cochabamba.

Moreno, Luna (2004). Análisis del Recurso Humano en Salud. Colombia

OPS, A.I.S., WEMOS (2003). Seguimiento a la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP). La Iniciativa HIPC y su Impacto en el Sector Salud. Estudio de Casos.

OPS/OMS (1998). Recursos Humanos: Un factor Crítico de la Reforma de Sectorial en Salud.

UDAPE (2005). Informe de Seguimiento al Crédito Programático para los Sectores Sociales (SSPC). Noviembre de 2005.