



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

# Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud



*Movilizados por  
el Derecho a la Salud y la Vida*

Serie: Documentos de Política

La Paz - Bolivia  
2009



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

# Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

1



*Movilizados por  
el Derecho a la Salud y la Vida*

Serie: Documentos de Política

La Paz - Bolivia  
2009

BO Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes.  
WA525 Política de desarrollo de recursos humanos en salud.//Ministerio de Salud y Deportes;  
M665p Miryam  
No.3 Gamboa Villarroel; Hugo Ernesto Rivera Mérida. coaut. La Paz : Prisa, 2009¶  
2009 77p. : graf. (Serie: Documentos Técnico-Normativos No.3)

I. RECURSOS HUMANOS EN SALUD  
II. PERSONAL DE SALUD  
III. ADMINISTRADORES DE INSTITUCIONES DE SALUD  
IV. POLITICA DE SALUD  
V. GESTION DE RECURSOS  
VI. BOLIVIA

1. t.  
2. Gamboa Villarroel, Miryam; Rivera Mérida, Hugo Ernesto. Coaut.  
3. Serie.

## POLÍTICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Puede obtenerse información en la siguiente dirección de Internet <http://www.sns.gov.bo>

R.M. N° 1233

Depósito Legal: 4-1-2735-09

ISBN: 978-99954-0-746-9

Ministerio de Salud y Deportes

Diciembre, 2009

Sistematización y coordinación técnica

MS.c. Miryam Gamboa Villarroel

Responsable de la implementación y ejecución de la Política  
de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

y Punto Focal: Gestión de RHUS en el ámbito ORAS/CONHU

Editores:

MSc. Miryam Gamboa Villarroel MS y D

MSc. Hugo Ernesto Rivera Mérida OPS/OMS

Toda reproducción de partes del presente documento se realizará citando  
la fuente o con previa autorización.

Diseño, diagramación y portada:

Juan Pablo Villena G.

La Paz: Despacho Ministerio de Salud y Deportes - Comité de Identidad Institucional y  
Publicaciones - Ministerio de Salud y Deportes 2009

© Ministerio de Salud y Deportes, diciembre de 2009

*Esta publicación fue posible gracias al apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS  
representación en Bolivia.*

*Impreso en Prisa Ltda., La Paz -Bolivia*

## **MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

Dr. Jorge Ramiro Tapia Sainz  
**Ministro de Salud y Deportes**

Dr. Raúl Alberto Vidal Aranda  
**Vice - Ministro de Salud y Promoción**

Lic. Marcelo Zaiduni Salazar  
**Vice - Ministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad**

Lic. Roxana Alcoba Árias.  
**Directora General de Asuntos Administrativos y Financieros**

Sr. Luís Catañón Clavijo  
**Jefe de la Unidad de Recursos Humanos**



# Resolución Ministerial

Nº 1233

08 DIC. 2009

## VISTOS Y CONSIDERANDO

Que, la Constitución Política del Estado en su artículo 37 dispone que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades;

Que, asimismo, el Artículo 80 de la Constitución Política del Estado establece que la educación tendrá como objetivo la formación de las personas y el fortalecimiento de la conciencia social crítica de la vida y para la vida. La educación estará orientada a la formación individual y colectiva, al desarrollo de competencias, aptitudes y habilidades físicas e intelectuales que vincule la teoría con la práctica productiva...;

Que, el Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009 que constituye la Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, señala en su artículo 90, inciso p) que es atribución del Sr. Ministro de Salud y Deportes formular políticas de desarrollo de RR.HH. en salud, conformar el Consejo Nacional de Educación Superior en Salud, desarrollando políticas de integración docente asistencial;

Que, el Informe Técnico de 29 de octubre de 2009, remitido por la Coordinadora Académica de la Residencia Médica SAFCI a la Dirección General de Asuntos Jurídicos, en conclusiones manifiesta que la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, elaborada y revisada en instancias diferentes, requiere que sea aprobada a través de una resolución ministerial que garantice el desarrollo de todos y cada uno de los proyectos inherentes a las líneas de acción y por otra parte garantice el financiamiento de los mismos.

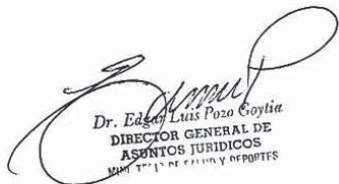
## POR TANTO,

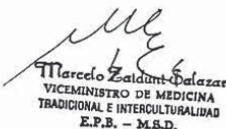
El señor Ministro de Salud y Deportes, en ejercicio de las atribuciones conferidas por el Decreto Supremo N° 29894 de fecha 7 de febrero de 2009,

## RESUELVE:

**ARTICULO ÚNICO.-** Autorizar la Impresión, Publicación y Difusión del documento **POLITICA DE DESARROLLO DE RECURSOS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD**, debiendo depositarse un ejemplar del documento impreso en Archivo Central de este Ministerio.

Regístrese, comuníquese y archívese.

  
Dr. Edgardo Luis Pozo Coylla  
DIRECTOR GENERAL DE  
ASUNTOS JURÍDICOS  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

  
Marcelo Zaldivar  
VICEMINISTRO DE MEDICINA  
TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD  
E.P.B. - M.S.D.

  
Dr. Ramiro Lapia Sainz  
MINISTRO DE SALUD  
Y DEPORTES



I.	INTRODUCCIÓN .....	13
II.	ANTECEDENTES.....	17
III.	BREVE ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD.....	21
IV.	EL ABORDAJE DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD EN LAS REUNIONES REGIONALES Y CUMBRES INTERNACIONALES.....	31
	4.1. De la VII Reunión Regional de Observatorios de Recursos Humanos en Salud.....	31
	Desafío 1: Definir políticas y planes de Recursos Humanos de Salud de largo plazo .....	31
	Desafío 2: Distribución Geográfica Equitativa de los Recursos Humanos de Salud.....	32
	Desafío 3: Migración.....	32
	Desafío 4: Condiciones de trabajo.....	32
	Desafío 5: Relación universidades- servicios de salud.....	33
	4.2. Trigésima Séptima Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA XXXVII).....	33
	4.3. II Cumbre Extraordinaria de la Unión de Naciones Suramericanas UNASUR.....	35
	4.4. Del Plan Decenal de Recursos Humanos del Área Andina y MERCOSUR.....	35
	4.5. De la Trigésima Octava Reunión de Ministros/as del Área Andina de Salud. REMSAA. 2008 .....	36
V.	LA POLÍTICA DE SALUD Y SU ARTICULACIÓN CON LA POLÍTICA GLOBAL DEL GOBIERNO NACIONAL .....	37
	5.1. Lineamientos generales de la Política Global del Gobierno Nacional.....	37
	5.2. La Política del sector Salud.....	39
	5.2.1. Del Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural.....	43
	1.1. Gestión compartida de la salud .....	44
	1.2. Atención de Salud Comunitaria .....	45

VI. CORPUS FILOSÓFICO - TEÓRICO QUE SUSTENTA LA POLÍTICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD. ....	49
VII. DEL MÉTODO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD. ....	57
7.1. Momento de análisis y síntesis de la realidad que se quiere modificar:.....	59
7.2. Momento de proyección de deseos o valores: .....	59
7.3. Momento de descubrir y abrir caminos.....	60
VIII. VISIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD .....	61
IX. LÍNEAS DE ACCIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD .....	63
Línea de acción 1: Socialización de las Políticas Nacionales, de Salud y fortalecimiento de la Rectoría sobre instituciones de formación de Recursos Humanos en Salud. ....	63
Línea de acción 2: Gestión de Recursos Humanos en Salud .....	65
Línea de acción 3: “Formación de recursos humanos en salud que articule el pregrado, postgrado, educación continua y educación permanente, con visión intercultural y en relación a la realidad socio sanitaria del país” .....	67
Línea de acción 4: Sistema de información de salud y análisis para la toma de decisiones. ....	70
Línea de acción 5: Sistema de Investigación en Salud.....	72
Línea de acción 6: Creación del Centro de formación de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural.....	75
BIBLIOGRAFÍA .....	79

## PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud y Deportes, es consciente que la posibilidad de profundizar y sostener las transformaciones que se suceden en nuestro país y en particular en el Sector de Salud, sólo será posible cuando asumamos y nos dejemos interpelar por la situación de exclusión, inequidad y extrema pobreza, en que se encuentra la mayoría de los bolivianos y bolivianas, tres aspectos que se manifiestan en las malas condiciones económicas, sociales, políticas y culturales -todas ellas determinantes de la salud- como consecuencia de las políticas neoliberales que impactaron de manera severa a la producción y por ende la estabilidad laboral, la educación y salud.

La imposición del D.S. 21060 en nuestro país, fue permeando el quehacer de los servidores públicos por la perspectiva y lógica del neoliberalismo, tornándose el quehacer en salud en una práctica mercantilizada ya que habíamos olvidado que la salud es un derecho fundamental.

Lo anterior requiere de una apertura mental. Es ese proceso el que nos permitirá remover nuestras estructuras mentales, es decir, nuestras formas de pensar y conocer, no desde la razón fría, sino desde el sentir, provocando un verdadero compromiso que se expresará en el quehacer; en nuestro caso, en el quehacer la salud en una perspectiva cualitativamente distinta, un quehacer con calidez y calidad, sin discriminación, sin exclusión, con equidad, eficiencia, solidaridad, corresponsabilidad. De esta manera, los servidores públicos de salud haremos efectivo el Art. 18 incisos I, II y III de la Nueva Constitución Política del Estado.

Asimismo, consideramos que por la alta fragmentación del Sistema de Salud, la Política de Desarrollo de Recursos Humanos, se constituirá en un



dispositivo que nos permitirá ir hacia la construcción de un Sistema Único de Salud, universal, gratuito, intra e intercultural, participativo y con control social, establecido en la Nueva Constitución Política del Estado.

El abordaje de gestión y formación de los recursos humanos en general y de salud en particular, como se observa es altamente complejo y hasta ahora no encarado en su verdadero alcance y dimensión. Sin embargo, el Ministerio de Salud y Deportes se ha impuesto el desafío de abordar esa problemática, construyendo de manera colectiva con diferentes sujetos y actores sociales la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, la misma que responde a la perspectiva de la Política Nacional, plasmada en el Plan de Desarrollo Económico, Social. Bolivia: Digna, Soberana, Productiva y Democrática. “Para Vivir bien” y alineada a las políticas del sector salud y a su estrategia operativa el Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural.

La Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, comprende tres ámbitos: Gestión y Administración transparente de personal. Formación de recursos humanos en salud que articule el pregrado, post -grado, educación continua y educación permanente, con una visión intercultural y en relación a la realidad socio sanitaria del país y orientada a generar procesos de descolonización, y el ámbito de la Investigación Clínico-social - antropológica y cultural.

La salud no es un campo que se reduce al quehacer de los denominados “operadores de salud”, ya que la nueva concepción de la misma es integral/holística, que tiene en cuenta la diversidad cultural de nuestro país por una parte, y por otra toma en cuenta lo biológico y espiritual, dos componentes de un único proceso: la salud, concepción que implica el involucramiento práctico de todos los sectores, instituciones, organizaciones sociales y, por tanto, con la intervención de recursos humanos de otros sectores y de otras disciplinas. Es aquí, donde cobra vigencia y relevancia el trabajo intersectorial, interdisciplinario, transdisciplinario e interinstitucional e intersectorial.

La Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, es también parte de los compromisos asumidos en las diferentes cumbres mundiales, internacionales, regionales y los esfuerzos de integración Sub - Regional Andina, en el que concurren las políticas establecidas por CONASUR, y MERCOSUR

Estamos convencidos que el recurso humano constituye el elemento fundamental, ya sea para generar cambios o mantener el “statu quo” de una determinada situación. Por tanto, la política de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud está orientada a generar cambios en el saber, en el sentir y en el quehacer salud de todos quienes estamos involucrados en él; es en esta perspectiva que entregamos el presente documento denominado “Política de Desarrollo de Recursos Humano en Salud”, estando consciente que ella puede y debe ser complementada, enriquecida y, por ende, ser mejorada con conocimientos y experiencias de todos los involucrados en la gestión - administración y formación de recursos humanos.

**Dr. Jorge Ramiro Tapia Sainz**  
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES



## **La labor de la OPS/OMS en el desarrollo de los recursos humanos en salud**

Es coincidente el esfuerzo que vienen realizando los países en sus sistemas nacionales de salud en las Américas: mejorar sus servicios de atención, incrementar la cobertura, reducir las tasas de mortalidad; todos estos esfuerzos, entre otros, a fin de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, tareas por demás importantes generadas como políticas desde los ministerios de salud. En este contexto para los gestores de la salud en los niveles en los que se proponen, desarrollan e implantan las estrategias de salud y para la sociedad civil: los recursos humanos son la base de los sistemas sanitarios; en esta perspectiva los países realizan esfuerzos para desarrollar y/o fortalecer su fuerza laboral.

La Organización Panamericana de la Salud se encuentra promoviendo el cumplimiento de los cinco desafíos acordados para la Década de los Recursos Humanos en la Región (2006 - 2015), los que se expresan en 20 metas regionales. Desafíos expresados en la definición de planes estratégicos para la adecuación de la fuerza laboral a las necesidades de los sistemas de salud, generar sistemas de movilidad y de información del personal, atender el proceso migratorio de profesionales, cuidar la salud de los trabajadores de la salud y acercar la relación entre formadores de personal sanitario y la cabeza del sector de salud en el marco de los requerimientos del sistema nacional de salud.

El logro de los citados retos con seguridad demandará al gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Deportes, las prefecturas de departamento y los gobiernos municipales la inversión de recursos financieros, tiempo e infraestructura, aspectos sumados a la operativización de estos

objetivos que normalmente se efectivizan en el mediano y largo plazo y que conjuntamente los sistemas de formación de educación técnica y superior universitaria podrán ser logrados incorporando como aliado natural y estratégico al Ministerio de Educación. De esta forma se podrá coadyuvar a fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias en el país.

En este contexto la Representación de OPS/OMS en Bolivia tiene un gran compromiso de apoyo para esta importante e imprescindible labor: el desarrollo de los recursos humanos en salud en el país.

**Christhian Darras**  
**Representante de OPS en Bolivia**

## I. INTRODUCCIÓN

La Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud responde a las exigencias de las transformaciones que se viene dando en el país en general y en el sector de Salud en particular, cambios que requieren contar con profesionales, técnicos y administrativos con una apertura mental que les permita dejarse interpelar por los hechos y acontecimientos emergentes de los mismos, lo que implica creatividad para dar respuesta con pertinencia y con una perspectiva integral/holística, guiados por los principios que sustentan las políticas del Ministerio de Salud y Deportes y del Gobierno Nacional plasmado en el Plan Nacional de Desarrollo Económico -Social. Bolivia: Digna, Soberana, Productiva y Democrática para “Vivir Bien”

En esta perspectiva se construyó y elaboró la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, que parte haciendo un análisis de la situación de los recursos humanos del sector salud, cuyos referentes empíricos dan cuenta de la no existencia en “strictu sensu” de una Política de Salud. Pese a las recomendaciones de las mesas de salud establecidas en los dos Diálogos Nacionales, desarrollados brevemente en la parte II, estos y otros aspectos se encuentran explicitados con mayor detalle en la parte III del presente documento.

En la parte IV., se hace referencia al abordaje sobre los recursos humanos en salud en las reuniones regionales y las Cumbres Internacionales, espacios en los que se enfatiza en la gestión y formación de los recursos humanos como fundamentales para los cambios y transformaciones y para que éstos sean sostenibles en el tiempo.

Una Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de Bolivia y mucho más en el momento histórico en el cual estamos viviendo, necesariamente debe y tiene que estar alineada al *Plan Nacional de Desarrollo Eco-*

*nómico –Social: Bolivia Digna, Soberana, productiva y Democrática para “Vivir Bien”*. En esta perspectiva en la V parte del presente documento, se hace un análisis de la política económica y social implantada en Bolivia por el D.S. 21060 y las características del patrón de desarrollo emergente del mismo. Como resultado de esos análisis, el Gobierno Nacional plantea un patrón de desarrollo sustantivamente distinto al construido por el neoliberalismo, siendo estas las coordenadas para la formulación de la Política del Sector Salud y la estrategia, el Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural que tiene dos componentes: El Modelo de Gestión Compartida y el Modelo de Atención de Salud Comunitaria.

Una Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, necesariamente debe estar sustentada por un corpus filosófico –teórico, que oriente en primera instancia todas y cada una de las actividades y en segunda instancia, éstas serán las que validen o desechen los marcos filosóficos y teorías utilizadas. A partir de dicho proceso, se tendrá la posibilidad de construir nuevos paradigmas para la construcción del conocer y hacer salud en una perspectiva cualitativamente distinta a la sustentada por la lógica del neoliberalismo, aspecto desarrollado en la parte VI

Es necesario conocer en que marco teórico- metodológico se construyó la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Con este objetivo en la parte VII se explica el método con el cual se construyó la misma. La Planificación Estratégica, con su teoría, método y herramientas, fue la privilegiada. Asimismo, se hace un posicionamiento breve sobre la construcción de una Política Pública y la construcción de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud para luego ingresar de manera sintética a abordar el alcance y significado de una Planificación Estratégica de RHUS. En el mismo capítulo se hace una explicación de los diferentes momentos de la misma.

La Visión de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud es colocada “in extenso” en la parte VIII del presente documento.

En la parte IX se formulan seis líneas de acción inherentes a los tres ámbitos de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud: Gestión y Administración, Formación en Salud e Investigaciones clínico - sociales - antropológico y culturales. Cada línea de acción es conceptualizada para una mejor comprensión de la misma y a su vez, en cada línea de acción se formula más de un proyecto.

En Anexo se colocan las listas de los participantes que asistieron a los dos talleres sobre Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, los mismos que tuvieron lugar en noviembre del 2007 y julio del 2008 y la revisión técnica se complementó del 14 al 20 de noviembre de 2009.





## II. ANTECEDENTES

Los intentos de contar con una Política de Recursos Humanos en Salud datan del año 2002, en ocasión de realizarse el Congreso de Salud que se llevó a cabo en la Ciudad de Sucre del 24 al 26 de abril, el mismo que recomendó: “Mejorar la dotación, distribución y capacitación de los recursos humanos, dirigido a la institucionalización de cargos, la formación y administración de los recursos humanos, creación de empleos que favorezcan la distribución equitativa respetando los derechos laborales”.

Por otro lado, el Primer Diálogo Nacional realizado en la Ciudad de Cochabamba el 17 y 18 de octubre del 2004, tiene como objetivo “reposicionar el rol de la Salud Pública en la rectoría y en las decisiones de gestión de la política sectorial, de los recursos humanos y financieros en el marco del proceso de descentralización y de la Ley de Participación Popular, con equidad, mejoramiento de la calidad y satisfacción de los usuarios”. Así mismo, plantea “fortalecer el funcionamiento del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación – CNIDAI – orientado a la formación con enfoque en Salud Familiar y Atención Primaria” y *restituir el año de provincia obligatorio*”.

Con base a las recomendaciones de los dos eventos anteriores, en el año 2004 se elabora en forma conjunta, Ministerio de Salud, Dirección Nacional de RHUS, Viceministerio de Salud, Reforma de Salud y cooperación técnica de OPS, una propuesta denominada “*Gestión Integrada de Recursos Humanos*” la misma que en una primera instancia es presentada al Consejo Técnico de la OPS – Washington DC, luego al Banco Mundial por las autoridades del Ministerio de Salud, la que fue aprobada para su ejecución.

Dicha propuesta contempla cuatro aspectos: 1) “*Desarrollo de la capacidad institucional del MS y D para conducir el desarrollo de RHUS y contribuir a ejercer*

rectoría en este campo. 2) Políticas nacionales y sistema regulatorio para contribuir a la rectoría del MS y D en el campo de los RHUS. 3) Gestión descentralizada de RHUS para mejorar la capacidad resolutive y el desempeño de los niveles de descentralización y 4) Educación permanente para mejorar el desempeño y motivación de los RHUS e impulsar cambios en la gestión de calidad de los servicios”<sup>1</sup>.

En el Segundo Diálogo Nacional celebrado el 25 y 26 de abril del 2005 en La Paz, con la participación de la sociedad civil organizada, se enfatiza en la asignación de recursos humanos en el marco de equidad, justicia y recomienda priorizar las acciones preventivas y promocionales frente a las curativas y reparatorias”<sup>2</sup>

En tanto la propuesta “Gestión Integrada de RHUS”, no contempla la asignación de RHUS con equidad, conservándose dicha inequidad hasta nuestros días, por no disponer aún de un censo o inventario de RHUS concluido, dirigido a identificar el tipo de RR.HH., nivel de atención donde trabaja, así como las principales características personales, laborales, académicas y funciones desarrolladas en el establecimiento de salud. Este inventario ha quedado inconcluso debido a que los SEDES de Santa Cruz, Pando, Beni, y Tarija, se negaron a suministrar la información requerida.

En la gestión de 2007 se retoma la necesidad de construir una Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, necesidad que es analizada y pensada como respuesta a las exigencias de los cambios que se vienen dando en el país en general y en el sector de salud en particular, conscientes que los mismos la realizan las personas y para que ellos sean irreversibles en el tiempo, se hace imperiosa *la necesidad de constituir una masa crítica comprometida de hombres y mujeres capaces de proponer estrategias operativas, dirigidas al logro de los objetivos propuestos, por tanto, no basta contar con una alta formación profesional, técnica y administrativa, sino también con un compromiso y visión de cambio.* En esta perspectiva se gestionó y organizaron las actividades.

1 RODRÍGUEZ de Llerena, Mary. Desarrollo de Recursos Humanos en Salud - MSD. Sistematización evaluativa y propositiva. Informe de Consultoría. La Paz - Bolivia, 2006

2 EZQUIVEL, Adhemar Velazquez. Reflexiones sobre los Recursos Humanos del Sector Salud en Bolivia. UDAPE, julio del 2006. Doc. de trabajo 02/2006 La Paz - Bolivia.

El Ministerio de Salud y Deportes al haber formulado nuevas políticas en correspondencia a los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo Económico - Social: Bolivia, Digna, Soberana, Productiva y Democrática para “Vivir Bien” del Gobierno Nacional, requiere de un personal con un perfil que les permita implementar y ejecutar dichas políticas con creatividad técnica y política, dos elementos que deben ser tomados en cuenta al desarrollar las prácticas de salud en los distintos ámbitos y niveles.

En el primer taller sobre: Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, se sentaron las bases filosóficas - teóricas, metodológico - técnicas de dicha política, la misma tuvo lugar en el mes de noviembre del 2007,

*Se sistematizó la producción del primer taller, contándose con un primer documento, base para el análisis, reflexión y elaboración de la propuesta de Política de RHUS, la misma que fue complementada y enriquecida en el segundo taller.*

Al primer taller fueron invitado/as personalidades con experiencia en la formación de recursos humanos de los diferentes niveles: Pregrado, postgrado, educación permanente y continua del personal del Sistema Nacional de Salud, por ende, fueron convocados los señores decanos y directores de las carreras de medicina y los SEDES de los 9 departamentos, personal del Ministerio de Salud y Deportes.

En fecha 20 de junio, 2008, el Ministerio de Salud y Deportes convocó a los nueve directores de los SEDES, reunión que tuvo lugar en la ciudad de Cochabamba. En dicha reunión se tuvo la oportunidad de socializar de manera sintética la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud y se les anunció la realización del segundo taller. Los directores de los SEDES solicitaron participar en dicho evento con sus jefes de Planificación.

El segundo taller sobre: La Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud tuvo lugar en el mes de julio del 2008. A este taller fueron invita-

dos, decanos y directores de las carreras de Medicina, el Colegio Médico de Bolivia, Colegio de Enfermeras de Bolivia, directores de las diferentes Cajas de Salud, las dos Escuelas de Salud Pública (La Paz y Cochabamba), el Sindicato de Trabajadores de Salud, las organizaciones sociales: COB, CSUTCB, Bartolina Sisa, Confederación de Colonizadores, CIDOB, APG, CONAMAQ y los que participaron en el primer taller.

Para el desarrollo de los talleres se privilegió, como método de trabajo, la Planificación Estratégica de RHUS, facilitación que estuvo a cargo del Dr. Mario Rovere Consultor Internacional contratado por la OPS/OMS y la MS.c. Miryam Gamboa V., Responsable de la implementación y ejecución de las actividades inherentes a la construcción de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.

A partir de los insumos producidos en el segundo taller - debidamente sistematizados y revisados técnicamente. *En la actualidad se cuenta con la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud para Bolivia.*

### III. BREVE ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD <sup>(3)</sup>

Una primera constatación empírica con relación a la **Política de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud**, es que en el pasado no existió una Política de Recursos Humanos en «strictu sensu» en el hoy denominado Ministerio de Salud y Deportes.

Bolivia fue condonada en su deuda externa, cuyos fondos debían ser invertidos principalmente en Educación y Salud y para que ellos sean bien utilizados, entre el año 2000 y 2004, se llevaron a cabo dos diálogos Nacionales, en los cuales, se establecen algunos lineamientos generales para la elaboración de la Política de Recursos Humanos en Salud y las reglas/normas para gastar los fondos condonados a los que se los denominó fondos HIPC.

En las últimas décadas y en la perspectiva neoliberal, constataciones empíricas dan cuenta que el desarrollo de los recursos humanos fue orientada en la lógica de las *reformas de salud*, quedando por tanto, la Formación en Salud: Educación Permanente y Continua, las capacitaciones y actualizaciones, libradas a los requerimientos de programas tales como VIH/sida, tuberculosis, Chagas entre otros y proyectos, totalmente segmentados, compartimentalizados y altamente focalizados (binomio madre - niño por ejemplo) por una parte y por otra, con poca o ninguna articulación entre ellos y menos en una perspectiva integral/holística de la salud. De esta manera se quita el sentido y acceso universal a la salud.

Así mismo el Estado delegó su función y alta responsabilidad de cuidar la salud de todos los bolivianos/as, a instituciones no públicas como las

---

3 Identificados en el 1er y 2do. Taller de la Construcción de la Política de Recursos Humanos en Salud - noviembre 2007 y julio, 2008 - y sistematizado por MS.C. Miryam Gamboa Villarroel Responsable de la Política de RR.HH. de salud Ministerio de Salud y Deportes.

ONGs, éstas, ante el vacío estatal, suplen esa alta función y responsabilidad del Estado, siendo el inicio de la privatización de la salud en el ámbito de las políticas sociales.

Al no existir una Política de Recursos Humanos de Salud, tampoco existió una estrategia de acercamiento para poseionar las demandas y necesidades del país en la formación de Pregrado y Postgrado del área de ciencias de la salud y menos en las otras disciplinas de las ciencias sociales para que estos respondan a esas demandas y necesidades, ni de Educación Permanente para el personal del Sistema Nacional y menos para los otros sujetos y actores sociales involucrados en el quehacer de salud.

El recurso humano de salud a nivel de pregrado, se formó y forma en la actualidad en universidades públicas y privadas; estas últimas proliferaron a partir de la década de los 90, estimuladas por la libre oferta y demanda del mercado, instaurada en nuestro país a partir del Decreto Supremo 21060

### Número de matriculados en Ciencias de la Salud por tipo de universidades.

Tipo de Universidades	N° de Universidades	Porcentaje	N° de matriculados en Ciencias de la Salud	Porcentaje
Públicas	11	33.34	32.981	76.20
Privadas	22	66.66	10.291	23.80
TOTAL	33	100.00	43.272	100.00

Fuente: Ministerio de Educación. SNIES. La Paz - Bolivia. 2003

Pese a la proliferación de universidades privadas que en 10 años doblaron en número a las universidades públicas, las que, en cuanto a matriculados, llevan una ventaja considerable tal como se puede observar en el cuadro anterior.

Hasta el 2003 existían 28 universidades que ofertaban «alguna de las carreras de Ciencias de la Salud a nivel de pregrado, de las cuales el 56% correspondían a universidades del sistema privado. Se estableció, además, que en nuestro país funcionaban 81 carreras de Ciencias de la Salud a nivel de licenciatura. El siguiente cuadro sustenta dicha afirmación.

**Distribución de la oferta de carreras a nivel de licenciatura en ciencias de la Salud.**

Carreras	Número	Porcentaje
Medicina	20	24.7
Odontología	19	23.5
Enfermería	17	21.0
Bioquímica - Farmacia	14	17.3
Nutrición y Dietética	3	3.7
Fisioterapia	8	9.9
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Fuente: COLQUE Mollo, Rubén. Perfil del Sistema de Salud. Bolivia - 2007. Informe final de consultoría. La Paz - Bolivia, 2007

El Ministerio de Salud y Deportes, al haber perdido su *Rectoría* no cuenta con una estrategia que incida en la orientación, suministrando los insumos necesarios para la formulación de la currícula de las carreras del pregrado de Ciencias de la Salud, lo que dio como resultado que en ellas no se incluyan aspectos fundamentales que hacen a la salud de los sujetos y actores sociales de las comunidades, zonas, etc. de nuestro país.

Las universidades - facultades de Ciencias de la Salud - por otra parte, no realizan investigaciones sobre necesidades de salud, ni de mercado, por ende forman Recursos Humanos en Salud de manera discrecional, al desconocer las necesidades y demandas sociales. Importante es subrayar que carecen de objetivos y metas, que orienten la construcción de perfiles claros con visión de país, hecho que incide para que la formación a nivel



de pregrado centrada principalmente en la enfermedad y muerte y no en la salud y vida

Lo anterior ha llevado hacer hincapié en la formación clínica, en una lógica competitiva/individualista, altamente especializada y mercantilista; no se fomenta la solidaridad, el trabajo en equipo. Por tanto, en la actualidad los recursos humanos formados en las universidades públicas y privadas no son pertinentes ni responden a los cambios que se vienen dando en nuestro país, es decir, se remiten a modelos y perspectivas filosófico - teóricas que no tiene correspondencia con el imaginario de construcción de una Bolivia distinta, es así que las prácticas de salud tienen poca o ninguna pertinencia con la dinámica socio-económica y cultural de Bolivia.

La pérdida de Rectoría del Ministerio de Salud y Deportes en materia de formación de Recursos Humanos en Salud, se dio por haber transferido dicha función a Organizaciones no Gubernamentales y sobre todo al Colegio Médico de Bolivia.

Otro aspecto a destacar es que en el personal profesional y técnico del Sistema de Salud, no existe una cultura de información y socialización de las actividades que se realizan, fenómeno que ocurre al interior de una misma Dirección, Unidad, Programa o Proyecto, es decir, el personal no está debidamente informado del quehacer de las mismas, la lógica del individualismo, premisa del neoliberalismo ha impregnado el quehacer del personal de salud.

La desinformación es un síntoma de retención de poder. Toda retención y posesión de información en una persona, es *concentración de poder*, paradigma que tiene que ser revertido y sustituido por otro, el *poder compartido*, paradigma en construcción en nuestro país.

La falta de una Política de Recursos Humanos en Salud, ha impedido contar con personal formado en el manejo de los tres campos que hacen a la misma: *Educación Permanente y Continua de los recursos humanos, Investigación clínico-social, antropológico-cultural y Administración y gestión*, este último campo incidió por la ausencia de una Carrera Sanitaria, una política

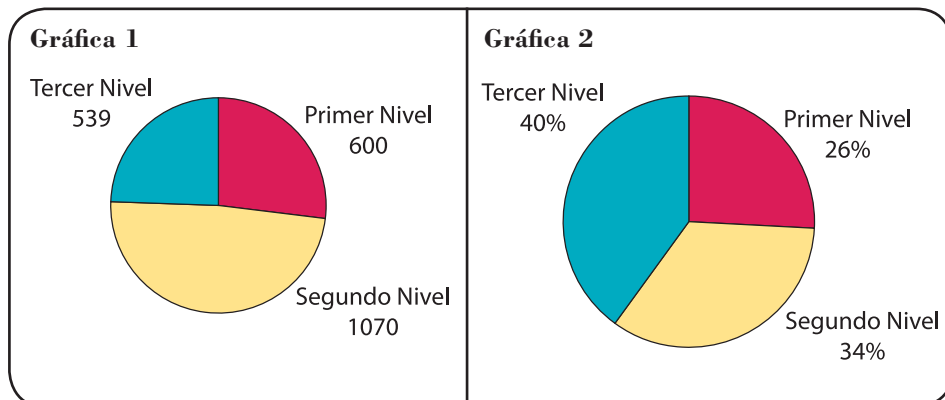
salarial del sector, una distribución inadecuada e inequitativa de los Recursos Humanos de Salud entre otros aspectos, es así, que se da una gran concentración de médicos y enfermeras en las ciudades capitales, dejando desprotegidos a sectores geográficos alejados, los mismos que cuentan con puestos de salud mal equipados y atendidos con sólo auxiliares de enfermería por una parte y por otra, la asignación de lugares, puestos y cargos estuvo librada a una lógica clientelar y patrimonialista por lo que se encuentra a un personal con perfiles, destrezas y habilidades no adecuadas a las funciones que desempeñan.

El siguiente cuadro da cuenta de la situación de inequidad en la distribución de los RHUS

**RECURSOS HUMANOS HIPC POR NIVEL DE ATENCIÓN  
SISTEMA BOLIVIANO DE SALUD**

Niveles de Atención	Años			
	2000	%	2002	%
Primer	600	27	557	26
Segundo	1.070	48	716	34
Tercer	539	24	840	40
<b>TOTAL</b>	<b>2.209</b>		<b>2.113</b>	

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes. 2005. La Paz - Bolivia



De los 2.113 cargos establecidos en los dos diálogos, el 26% fue asignado, -según Esquivel Velásquez - al primer nivel de atención, el 34% al segundo nivel y el 40% al tercer nivel de atención.

La Ley del Diálogo Nacional 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, ocasionando que las áreas rurales donde priman los establecimientos de primer nivel no se hayan “beneficiado” de los recursos humanos de salud.

Otro aspecto digno de ser destacado es el relacionado con la distribución de cargos, según profesionales en salud, técnicos y apoyo administrativo. Veamos el siguiente cuadro.

### Distribución de cargos, según categorías profesionales por departamentos

Departamentos	Profesional en salud	Técnico	Apoyo administrativo	Total en %
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: Ministerio de Salud y Deportes. 2005. La Paz - Bolivia

Los datos dan cuenta que en los departamentos hay alta frecuencia de personal técnico 54% en el departamento de Pando, mientras que los departa-

mentos de La Paz y Santa Cruz existe mayor cantidad de funcionarios del área profesional, 39% y 36% respectivamente. El peso del personal técnico con un 49% y de apoyo administrativo 19%, es mucho más evidente en el departamento de Potosí.

El peso de lo técnico y administrativo, tiene una incidencia en la capacidad resolutoria de los establecimientos y Puestos de Salud

Otro aspecto digno a ser destacado es con relación a la normativa existente en el Ministerio de Salud y Deportes. Según Mary Rodríguez, se han identificado, «aproximadamente 80 tipos de instrumentos legales que regulan diferentes aspectos» inherentes a la gestión, formación de RHUS y otros aspectos de salud, las que han sido incumplidas y las más de las veces han creado confusiones en el quehacer de salud, la misma que necesariamente tendrá que ser revisada a la luz de la Nueva Constitución Política del Estado en un tiempo perentorio y definir claramente el marco normativo en que se implementará, ejecutará, no sólo la Política de Desarrollo de los Recursos Humanos, sino todo el quehacer de salud.

Otro aspecto evidenciado en los dos talleres es que en el pasado, la participación de las organizaciones sociales en la formulación de políticas ha sido inexistente. En la actualidad, las naciones y pueblos indígenas originarios, campesinos, clases medias, deberán ser los y las protagonistas fundamentales en la construcción de Políticas Públicas en general y de la Política de Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud, como lo fue en la formulación de las políticas del sector.

El Sistema Nacional de Salud, cuenta con un personal de salud de 37.547 entre profesionales, auxiliares de enfermería, técnicos y administrativos, tal como se puede observar en el siguiente cuadro.

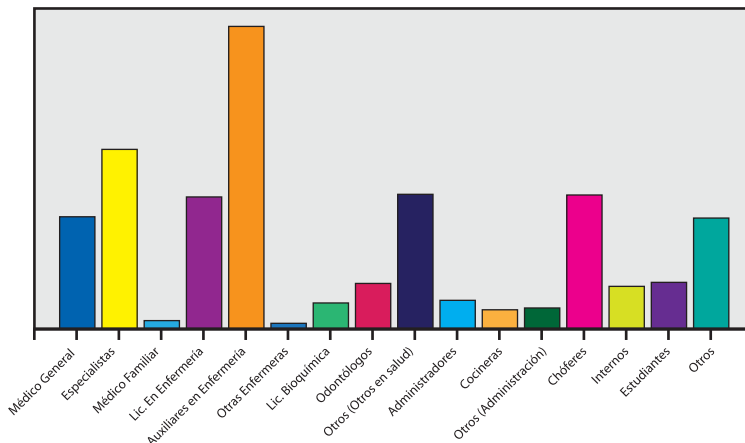
## Número total de profesionales por categorías a nivel Nacional

N°	Categoría Profesional	N° a nivel Nacional.	%
1	Médico general	3.119	8
2	Especialistas	4.986	13
3	Médico Familiar	241	1
4	Lic. en Enfermería	3.668	10
5	Auxiliares de Enfermería	8.394	22
6	Otras enfermeras	166	0.4
7	Lic. Bioquímica	730	2
8	Odontólogos	1.271	3
9	Otros (Otros en salud)	3.741	10
10	Administradores	803	2
11	Cocineras	541	1
12	Chóferes	591	1
13	Otros (Administración)	3.722	10
14	Internos	1.190	3
15	Estudiantes	1.301	3
16	Otros	3.083	9
	TOTAL	37.547	

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes, INASES, Inventario de equipamiento y Recursos Humanos, año 2006.

**Gráfica 3**

### PROFESIONALES POR CATEGORÍAS A NIVEL NACIONAL



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes- SNIS. 2005

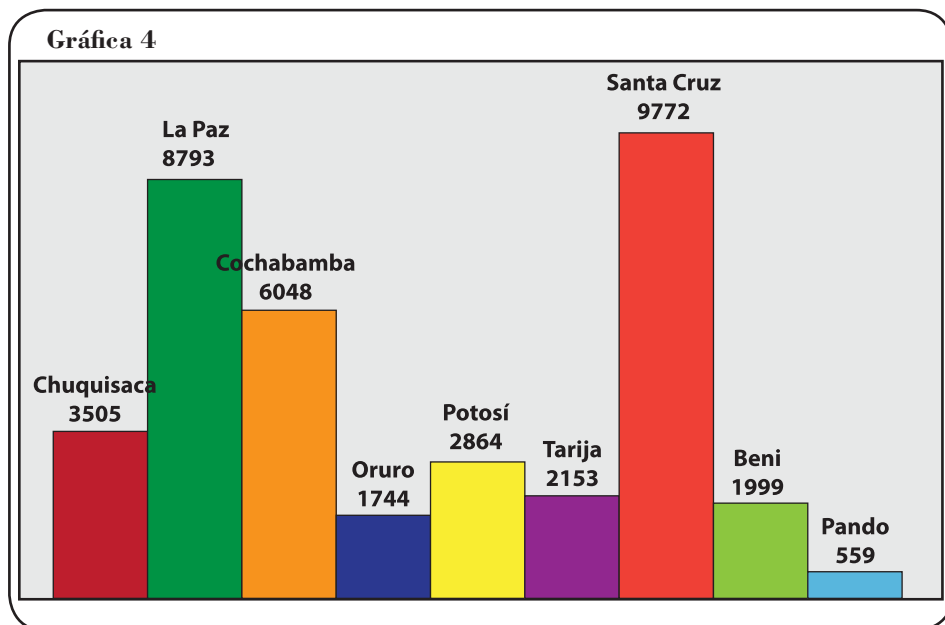
Como se observa en el cuadro anterior, el número de especialistas, categoría que comprende a especialistas en ginecología, cirugía, pediatría, medicina interna entre otros, supera a los médicos generalistas y más aún a los médicos en Medicina Familiar.

### Número de Recursos Humanos por departamentos.

N°	Departamentos	Número de RHUS
1	Chuquisaca	3.505
2	La Paz	8.793
3	Cochabamba	6.048
4	Oruro	1.744
5	Potosí	2.864
6	Tarija	2.153
7	Santa Cruz	9.772
8	Beni	1.999
9	Pando	559
TOTAL		37.547

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes, INASES, Inventario de equipamiento y recursos humanos, año 2006.

Gráfica 4



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes, INASES, Inventario de equipamiento y recursos humanos, año 2006.

La categoría de Profesionales en Salud tienen los siguientes grados académicos otorgados por universidades públicas, privadas e institutos de Educación Superior no universitarios.

### GRADOS ACADÉMICOS POR CATEGORÍAS PROFESIONALES

PROFESIONES	GRADO ACADÉMICO
Médico General	Licenciatura
Especialistas	Post graduados
Médico Familiar	Post graduados
Residentes	Post graduados
Licenciado(a) Enfermera, Bioquímica, Fisioterapistas, Nutrición y otros	Licenciatura
Internos	Estudiantes
Aux. Enfermera	Técnicos medios
Administración	sin dato
Cocinera, chofer, otros	Sin grado académico

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes, INASES,  
Inventario de equipamiento y recursos humanos, año 2006.

Este es el contingente de personal del Sistema Nacional de Salud que deberá ingresar a los procesos de Formación en Salud en sus vertientes de: Postgrados, Educación Permanente y Continua, por una parte y por otra, serán sujetos de la gestión y administración de personal, gestión que tendrá la misión de investigar los lugares en los que desempeñan sus funciones, estableciendo la correspondencia entre los perfiles profesionales y los requerimientos del cargo y, a partir de dichos resultados, formular una estrategia de redistribución del personal con criterios de equidad entre otros.

## IV. EL ABORDAJE DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD EN LAS REUNIONES REGIONALES Y CUMBRES INTERNACIONALES

Diversas reuniones y Cumbres de Salud, especialmente desde el 2005 comenzaron a prestar atención a los recursos humanos de salud, visualizando el alcance y significado de los mismos en los procesos de cambio del sector.

### 4.1. De la VII Reunión Regional de Observatorios de Recursos Humanos en Salud

La VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud realizada en Toronto - Canadá, auspiciada por la OPS/OMS, se plantea el desafío de abordar la problemática de los recursos humanos, declarando «Hacia una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas» 2006 -2015 denominada también *Llamado a la Acción de Toronto*.

El *Llamado a la Acción de Toronto*, busca movilizar tanto a los actores nacionales como a los internacionales del Sector de Salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas para el desarrollo de los recursos humanos.

En Toronto se definen 5 desafíos críticos a ser logrados en 10 años. Estos desafíos son:

#### **Desafío 1: Definir políticas y planes de Recursos Humanos de Salud de largo plazo**

Se coloca este desafío ante la evidencia de que la mayor parte de los países de las Américas no cuentan con este instrumento de vital importancia para los Gobiernos Nacionales, que les permita orientar los procesos de la formación en salud, de la gestión y administración



de personal, los procesos de investigación clínico y social, haciendo que los mismos sean pertinentes a las demandas sociales y necesidades del país.

### **Desafío 2: Distribución Geográfica Equitativa de los Recursos Humanos de Salud.**

La distribución inequitativa es una regularidad en los países de las Américas, dándose una concentración de los recursos humanos en las grandes ciudades por la excesiva especialización principalmente de los médicos y de las licenciadas en enfermería, dejando por tanto a grandes poblaciones excluidas de los servicios de salud asistencial.

Este desafío implica colocar a las personas adecuadas en los lugares adecuados.

### **Desafío 3: Migración.**

Este desafío está dirigido a regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud, que tiene relevancia para algunos países del Cono Sur, como el Ecuador, fenómeno que está incidido por una serie de factores que hacen al desarrollo de los países.

### **Desafío 4: Condiciones de trabajo.**

Se refiere a “generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y que permitan el compromiso con la Misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población”<sup>(4)</sup>

---

4 OPS/OMS. Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015. así una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Ontario Canadá. 2005

## **Desafío 5: Relación universidades - servicios de salud.**

Se plantea desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades) y los servicios de Salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población»<sup>(5)</sup>

Estos 5 desafíos se operativizan en 20 metas

### **4.2. Trigésima Séptima Reunión de Ministros/as de Salud del Área Andina (REMSAA XXXVII)**

La Trigésima Séptima Reunión de Ministros/as de Salud realizada en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra - Bolivia, el 30 de marzo del 2007, hace el siguiente análisis con relación a los recursos humanos de salud.

- 2.1. “Débil compromiso social con la población y débil liderazgo del Sector Salud”.
- 2.2. “Los Diseños/mallas curriculares no son correspondientes con las necesidades profesionales ni con los perfiles laborales requeridos”.
- 2.3. “Déficit cuantitativo y cualitativo del personal de Salud - inadecuada distribución geográfica y profesional”.
- 2.4. “Carencia de normas de aseguramiento de calidad, acreditación, certificación, recertificación”.
- 2.5. “Ausencia de sistemas de información que permitan mejorar los procesos de planificación y gestión de los recursos humanos”.

---

5 IDEM OPCIT.

- 2.6. "Notoria ausencia de participación social".
- 2.7. "Que por el carácter diverso de la población requiere la incorporación del enfoque intercultural, además del reconocimiento de las prácticas alternativas, tanto en el desarrollo y formación de recursos humanos como su articulación en la prestación de la atención de salud".

Con base al análisis anterior, en la Trigésima Séptima Reunión de Ministros/as de Salud del Área Andina, resuelven: <sup>(6)</sup>

- 1 "Ratificar el compromiso de cumplir con los Desafíos del Llamado a la Acción de Toronto".
- 2 "Recomendar a los Gobiernos que prioricen las medidas tendientes a hacer efectivo el derecho de los pueblos a la atención de salud, digna, oportuna, suficiente y de calidad, con un enfoque de interculturalidad"
- 3 "Ubicar el tema de desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en la agenda política de los países del Área Andina".
- 4 "Instar a los Gobiernos a crear espacios y mecanismos de coordinación entre los sectores de Salud, Educación y Trabajo".
- 5 "Instar a los Gobiernos a buscar los mecanismos legales, administrativos técnicos y financieros para mejorar las condiciones de trabajo y las relaciones contractuales de los trabajadores de salud".
- 6 "Instar al ORAS a que, con la participación de los países andinos y la cooperación técnica de la OPS/OMS, desarrolle un Plan Decenal Subregional de Recursos Humanos en Salud".
- 7 "Instruir al ORAS para crear la Comisión Técnica de Recursos Humanos en Salud de la Sub Región Andina, con el objeto de desarrollar un plan de trabajo para el abordaje de los problemas comunes, en coordinación con la OPS/OMS"

---

6 XXXVII REMSAA Santa Cruz de la Sierra Bolivia 2007

- 8 “Suscribir y dar cumplimiento a los compromisos del Plan Decenal Subregional de Recursos Humanos en Salud mediante el monitoreo y evaluación del logro de metas e indicadores de Recursos Humanos en salud vinculados a los cinco desafíos del Llamado a la Acción de Toronto”.

#### **4.3. II Cumbre Extraordinaria de la Unión de Naciones Suramericanas UNASUR**

Los Presidentes reunidos en la Brasilia - Brasil, el 23 de mayo de 2008, instruyen a los Ministros/as de Salud la construcción de una Política Suramericana en materia de salud, con énfasis en las medidas necesarias teniendo en cuenta los siguientes componentes: *Escudo epidemiológico suramericano; Desarrollo de sistemas de salud universales; Desarrollo y gestión de recursos humanos en salud; Promoción de la salud y acción sobre los determinantes; Acceso universal a medicamentos*, construcción a ser realizada en forma conjunta con la Organización Regional Andina de Salud (ORAS) y el Subgrupo 11 del MERCOSUR, Organización del Tratado de Cooperación Amazónica, la Organización Panamericana de la Salud y otros órganos del sistema de Naciones Unidas.

#### **4.4. Del Plan Decenal de Recursos Humanos del Área Andina y MERCOSUR.**

En atención del mandato de la Trigésima Séptima Reunión de Ministros/as de Salud del Área Andina realizada en Santa Cruz de la Sierra de Bolivia, 2007 y en el marco de la elaboración de planes decenales para el desarrollo de Recursos Humanos en Salud (RHUS) y la alianza con la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, (OPS/OMS) Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS/CONHU), se convocó a la reunión de los equipos técnicos responsables en RHUS de la Subregión Andina, con

el fin de establecer las prioridades de acción para la gestión 2008-2009, plan a ser puesto a consideración en la Reunión de Ministros/as de Salud del Área Andina en 2008 (REMSAA 2008).

El Encuentro Subregional Andino realizado en noviembre del 2007 en La Paz - Bolivia sobre Desarrollo de Recursos Humanos en Salud en la Agenda de Integración Subregional, fue el espacio de intercambio para determinar las líneas de Acción del Plan Andino de Recursos Humanos en Salud.

Las líneas de acción del Plan Andino de Recursos Humanos en Salud, son:

1. “La construcción o desarrollo de capacidades nacionales que comprenderá acciones para el ejercicio de las funciones de Rectoría. definición e implementación de políticas, procesos de planificación y gestión; apoyo para la ejecución de los planes decenales de recursos humanos y su relación e interacción con los sistemas de servicios de Atención Primaria e interculturalidad (...) el desarrollo de una Carrera Sanitaria y la formación de formadores ...”
  2. “El monitoreo y evaluación del cumplimiento de las metas regionales de Recursos Humanos ...”
  3. “El desarrollo de una inteligencia colectiva para el manejo y utilización de información en recursos humanos ...”
  4. La Formación en Salud, que tiene como objetivo “la articulación entre instituciones formadoras de recursos humanos en salud y los prestadores de servicios; la formación de Gestores de recursos humanos (CIRHUS), de Gestores en investigación y de docentes”.
  5. “La Investigación y gestión de la Migración...”
- 4.5. De la Trigésima Octava Reunión de Ministros/as del Área Andina de Salud. REMSAA.2008**

Se llevó a cabo en Quito Ecuador en el año 2008, reunión en la que aprobaron el Plan Decenal de Recursos Humanos del Área Andina y MERCOSUR.

## V. LA POLÍTICA DE SALUD Y SU ARTICULACIÓN CON LA POLÍTICA GLOBAL DEL GOBIERNO NACIONAL

### 5.1. Lineamientos generales de la Política Global del Gobierno Nacional

La puesta en marcha de la política neoliberal en los países latinoamericanos en general y en Bolivia en particular, «tuvo su origen en las transformaciones acontecidas en los núcleos centrales del sistema productivo mundial, el mismo que tiene un carácter integral, en tanto abarca todas las fases en la adopción de nuevos medios y objetos de producción desde los equipos - robots, autómatas programables) los insumos (semiconductores, circuitos integrados), materiales (plásticos, químicos), hasta las nuevas especificaciones para la mayor tecnificación de la fuerza de trabajo».<sup>(7)</sup>

Los nuevos procesos tecnológicos implicaron y aún siguen implicando la menor utilización de materias primas y energía por unidad de producto.

Según Aguirre y otros<sup>(8)</sup>, debido a esos fenómenos nuestra economía no puede seguir operando en los términos del pasado, ya que el proceso de reproducción interno está influenciado por los cambios internacionales. En este sentido, los factores «exteriores» están insertados en el modo de funcionamiento de la economía como elementos constitutivos del patrón de acumulación, por tanto, la manifestación de la crisis estructural involucra a los factores internos e internacionales.

La economía de Bolivia se ha caracterizado por tener un Patrón de Desarrollo Primario Exportador, pese al deterioro de la capacidad productiva del sector minero que se explica por la dinámica interna de funcionamiento de la economía y a la vez, a partir de las pautas

7 AGUIRRE Badani Álvaro, PÉREZ Ramírez, VILLEGAS Quiroga Carlos, NPE: Recesión económica CEDLA 1990. La Paz Bolivia

8 IDEM OPCIT

del desenvolvimiento de la economía mundial, se determina una alteración en la modalidad de relacionamiento del país con el exterior.

En el Patrón de desarrollo primario exportador vigente hasta mediados del 2006, se identificaron dos elementos en los que se sustenta el mismo: El capitalismo de Estado y el neoliberalismo que da como resultado la continuación y afirmación del *colonialismo*.

Dicho patrón de acumulación, “generó una heterogeneidad estructural desigualdad y una extrema pobreza, que se manifiesta en:

La economía, en los bajos niveles de productividad, obsolescencia tecnológica, asimetría regional y sectorial, reducido acceso a medios y recursos de producción, economía dual, desempleo y subempleo, explotación irracional de los recursos naturales, renovables y no renovables, deterioro del medio ambiente, desigual distribución del ingreso, concentración de la propiedad”<sup>9</sup>

“En lo social, baja calidad y desigual acceso a: Alimentación, vivienda, servicios básicos, escaso acceso a la información y conocimiento, exclusión de indígenas y pueblos originarios, exclusión de niños, jóvenes, adultos mayores y discapacitados”.

“En lo político, un Estado centralista, oligárquico, patrimonialista y corrupto, democracia y ciudadanía excluyente y, en

“lo cultural, imposición de patrones culturales foráneos, identidad de género y generacional insuficientemente asumida”.

A partir de este diagnóstico, el Gobierno se ha propuesto construir un PATRÓN DE DESARROLLO INTEGRAL Y DIVERSIFICADO, que se sustenta en un Estado Protagonista y Promotor del Desarrollo, con agentes económicos y organizaciones sociales actores del desarrollo, con un profundo reconocimiento a la diversidad cultural.

Este Patrón de Desarrollo Integral y Diversificado, generará una acumulación interna, que será redistribuida con miras a la erradicación de la pobreza, por tanto:

---

9 Plan de Desarrollo Económico-Social. Bolivia Digna Soberana Productiva y Democrática para «vivir bien»

“**En lo económico** se plantea democratizar la propiedad, distribuir equitativamente el ingreso, generar un empleo digno y permanente, un acceso equitativo a los medios y recursos productivos, con una complementación regional y sectorial”.

“**En lo social**, acceso a los servicios sociales de salud, educación, vivienda, energía, comunicaciones y servicios básicos, acceso irrestricto a la información y al conocimiento tecnológico, acceso a los beneficios del desarrollo de sectores y poblaciones excluidas”.

“**En lo político**, se plantea construir un Estado descentralizado y culturalmente territorializado, y generar una democracia participativa e incluyente”.

**En lo cultural.** Se propone “recuperar los patrones culturales locales/regionales, y generar la consolidación y complementariedad de las identidades nacionales».

Lo anterior implica efectuar dos tipos de desmontajes: El colonialismo y el neoliberalismo, desmontajes que se iniciaron a través de diferentes medidas dictadas por el Gobierno Nacional.

Estas son, entre otras, las coordenadas generales con las que se articula y sustenta la Política del Sector y la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.

## 5.2. La Política del sector Salud.

La política del Sector Salud es una propuesta de cambio, cuyo objetivo es la “eliminación de la exclusión social, a través de la implementación del Sistema Único de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, que asume a la medicina tradicional, cuyas características son: ser *inclusivo, equitativo, solidario, recíproco, de complementariedad, con una profunda mirada de interculturalidad*”.

Lo anterior supone efectuar rupturas epistemológicas en varios niveles y trabajar desde la salud en los dos desmontajes anteriormente citados.



Esos dos desmontajes sólo serán posibles en la medida en que se genere *una real participación social y política comprometida de los sujetos y actores sociales*, lo que implica trabajar sobre todo con la niñez y juventud, ya que ambos desmontajes implican «desestructurar» esquemas mentales, es aquí donde la educación formal e informal tiene un rol fundamental, por otra parte, hay que instaurar una cultura de trabajo intersectorial, en tanto la salud y la vida tienen profunda relación con el quehacer de los otros sectores, así como la participación de las organizaciones sociales para realizar un trabajo conjunto sobre desencadenantes, condicionante y determinantes, esto nos permitirá salir de la perspectiva asistencialista de la salud.

La Política del Sector, se basa en una concepción filosófica holística, la misma que considera a la Salud y la Vida, como “derechos humanos fundamentales, siendo su conservación la máxima aspiración natural del ser humano, garantizando las condiciones necesarias para que esa vida sea digna, por lo que no es suficiente poseer la vida en subsistencia...”<sup>(10)</sup>

El Ministerio de Salud y Deportes en su Plan Sectorial plantea seis políticas y una séptima no formulada explícitamente, la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.:

### **1. Sistema Único de Salud familiar, Comunitario Intercultural:**

“Orientado a superar toda forma de exclusión y discriminación en salud, por razones económicas, culturales y sociales” Art. 18 inciso III. N.C.P.E.

### **2. Rectoría**

“Dirigida a recuperar y consolidar la soberanía sanitaria y la rectoría del Ministerio de Salud sobre el Sistema Sanitario a través de la regulación, fiscalización y modulación del financiamiento en todos los niveles de gestión”.

---

10 Ministerio de Salud y Deportes. Bases para el Plan Estratégico de Salud -2006 - 2010. La Paz - Bolivia. 2007

*Esta política se encuentra establecida en la N.C.P.E. en su Art. 298. Inciso II: Competencias exclusivas del nivel Central del Estado, “que tiene sobre una determinada materia, las facultades legislativas, reglamentaria y ejecutiva, pudiendo transferir y delegar estas dos últimas. Numeral 17: Políticas de Educación y Salud”.*

### **3. Movilización Social.**

“Orientada a generar una ciudadanía activa y responsable, garantizando el desarrollo de las potencialidades humanas de libertad frente al miedo y libertad para actuar en nombre propio, revalorizando la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias bolivianas”.

### **4. Promoción de la Salud.**

La estrategia principal de esta política es el establecer alianzas intersectoriales, en tanto ella está dirigida a incidir en los determinantes económicos, sociales, políticos y culturales que afectan directa o indirectamente en la salud y la vida de los sujetos y actores sociales, ubicados en escenarios concretos.

*Esta política se encuentra plenamente apoyada por la Nueva Constitución Política del Estado en su Art. 37, y otros articulados que tienen relación con los determinantes económicos, sociales, políticos y culturales que inciden en la salud y la vida de los sujetos y actores sociales, ahí están los artículos 16, 17, 19, 20 del Capítulo Segundo sobre los Derechos Fundamentales.*

### **5. Medicina tradicional.**

Dirigida a recuperar la farmacopea basada en la herbolaria utilizada por nuestros ancestros, sin olvidar que ellas constituyen los principios activos de cualquier medicamento, por una parte y por otra generar mecanismos de complementariedad y reciprocidad en los procesos de atención a la enfermedad y eventos

históricos como el cuidado antes, en y después del parto por nuestros etnomédicos y parteras comunitarias.

*El Artículo 82 incisos I. II y III. Sección II. Derecho a la Salud y a la Seguridad Social y otros artículos de la Nueva Constitución Política del Estado, avalan plenamente esta política.*

## **6. De Solidaridad:**

“Está dirigida la erradicación de la desnutrición, la violencia y la inclusión de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza, orientada a eliminar la exclusión social en salud más intolerable y la inserción de esos grupos en mejores niveles de vida”.

*Los artículos 70, 71. Incisos I. II. III. Y Art. 72. Sección Octava. Derechos de las personas con discapacidad. Los artículos 59. Inciso V. 60, 61. Sección V. Derechos de la niñez, adolescencia y juventud.*

*Los artículos 16 y 17, están referidos a la soberanía alimentaria y los artículos 15 Incisos I. II. II. IV y V se refieren a los derechos y a la no violencia. Capítulo Segundo. Derechos Fundamentales.*

## **7. Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.**

*El cambio es una consecuencia de varios factores, PERO SIN DUDA EL MÁS IMPORTANTE ES EL FACTOR HUMANO. Por ello se identifican los principales Propósitos Sectoriales, que nos permitirán contribuir a la recuperación de la Dignidad, la Productividad y la Soberanía Nacional.*

Por tanto, ninguna política, sea esta económica, social, cultural será sostenible en el tiempo si no se tiene en cuenta al factor “recurso” humano, ya que es el medio a través del cual se logran los objetivos y las metas, de ahí, que esta política constituye el eje central para

posibilitar el logro de las otras seis políticas formuladas por el Ministerio de Salud y Deportes.

Las principales estrategias de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos de salud son:

- a) Formación y capacitación política y técnica permanente y continua
- b) Investigación clínico-social y antropológico-cultural.
- c) Gestión y administración del personal de salud.
- d) El observatorio de Salud como un espacio de análisis, reflexión sobre la situación de los recursos humanos en salud en los tres ámbitos anteriormente señalados, que suministre los insumos necesarios para la toma de decisiones adecuadas y pertinentes.
- e) Publicaciones como resultado de los quehaceres o prácticas y de las investigaciones clínico-sociales y antropológico-culturales.

### **5.2.1. Del Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural.**

Para implementar y ejecutar las políticas de salud, se construyó una Estrategia fundamental denominada Modelo de Salud Familiar, Comunitario, Intercultural, que redefine el *Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud*, el mismo que ha sido aprobado mediante Decreto Supremo N° 29601 y respaldado también por el Art 40, Capítulo Quinto. Derechos sociales y económicos. Sección II. Derecho a la Salud y a la Seguridad Social.

El Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural, se caracteriza por ser flexible en tanto tiene que responder a los cambios que se produzcan en salud.

El Modelo es articulador entre las propuestas operativas y viables de Gestión y de Atención en salud, el mismo que tiene como ejes transversales: 1) La participación social. 2) La intersectorial. 3) La integralidad.

### 1.1. Gestión compartida de la salud.

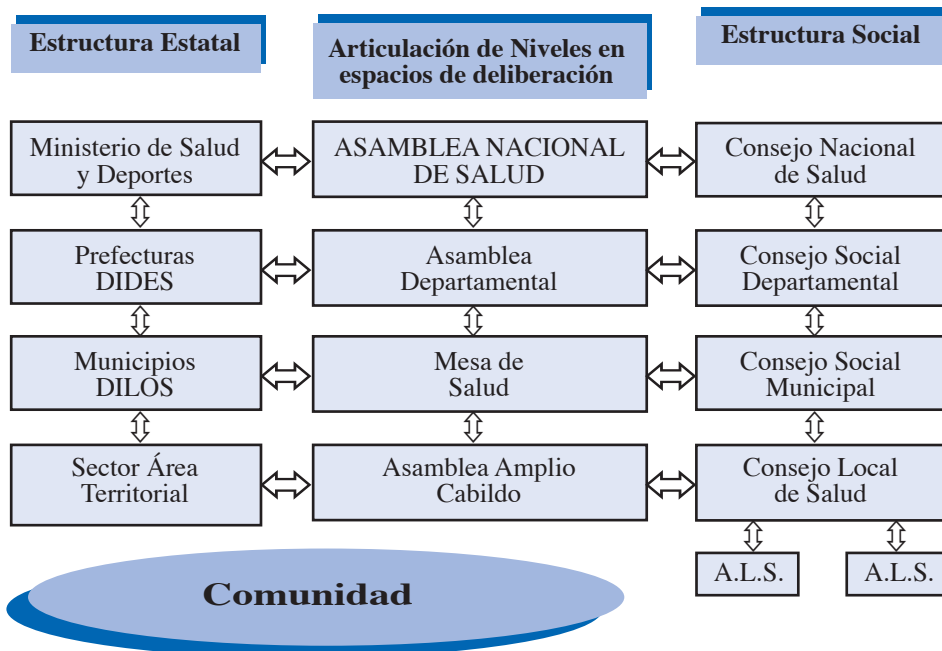
Es uno de los componentes del Modelo SAFCI, que abre un espacio a los actores sociales en el ámbito de la salud con capacidad de acción en la toma de decisiones entre los niveles de Gobierno Municipal, Departamental y Nacional, el equipo de salud y la comunidad representada en Comités de Salud y Consejos Sociales (Municipales, departamentales y Nacional)<sup>(11)</sup>

La Gestión Compartida, es el espacio donde se consensúan las actividades con miras a la identificación - Investigación - Acción Participativa - permanente de problemas, limitaciones, potencialidades, demandas, análisis de alternativas, adopción de estrategias, formulación de planes y programas, proyectos, presupuestos en salud, para su posterior ejecución, evaluación de resultados y ajuste constante de las acciones en salud, siendo su principal instrumento la Planificación Participativa.

El Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural plantea niveles y por ende espacios de deliberación, es decir, de decisión.

---

11 Ministerio de Salud y Deportes. Bases para el Plan Estratégico de Salud -2006 - 2010. La Paz - Bolivia. 2007



## 1.2. Atención de Salud Comunitaria

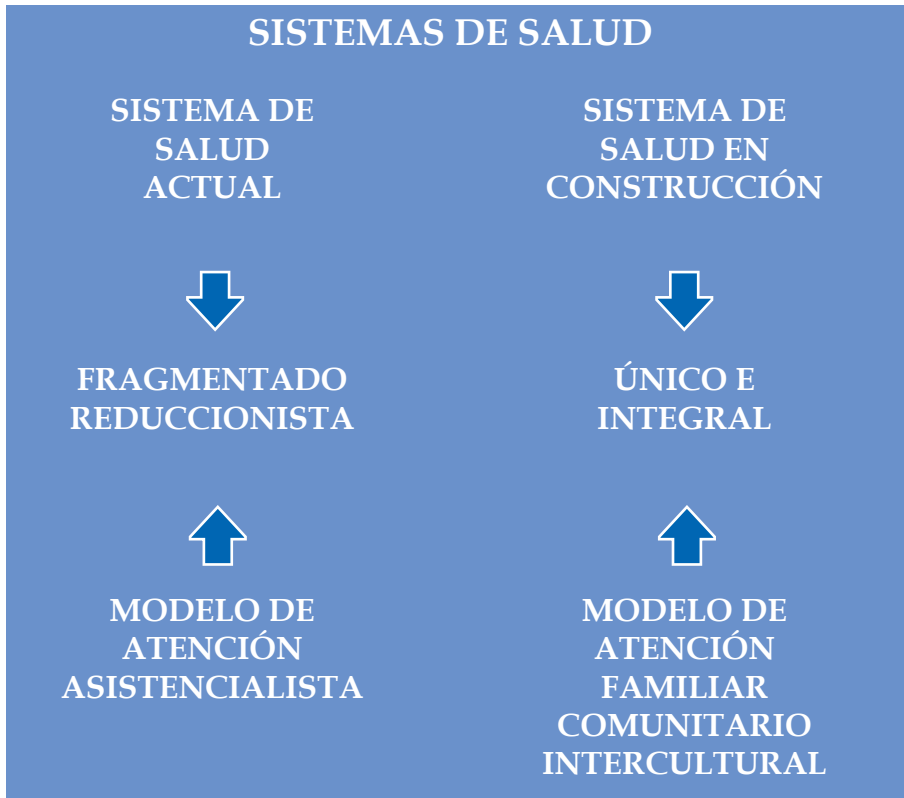
“Se propone el Sistema de Atención de Salud a partir de una Matriz Civilizatoria de Cultura de Vida, en contraposición al modelo asistencialista que trabaja con la ENFERMEDAD y LA MUERTE -, la función del médico es curar, el lugar de atención es el hospital o el centro de salud, el que se encuentra fuera de la comunidad, el médico y el auxiliar de enfermería permanecen en el Puesto o Centro de Salud, esperando que lleguen los “enfermos”, por tanto de ninguna manera se cumple con el principio de la universalidad en la atención de salud.

El Modelo de Atención de Salud Comunitaria, se encuentra sustentado en una filosofía y por ende en una ideología y posicionamiento político cualitativamente distinto al Modelo Asistencialista de Salud.

En el Modelo de Atención de Salud Comunitaria, se trabaja en forma conjunta con los sujetos y actores sociales de las comunidades *Para la Vida* y no para la muerte, los operadores de salud, salen del Puesto o Centro de Salud para interactuar con las

familias, sanas o enfermas de las comunidades y en ese su recorrer cotidiano identificar diferentes patologías, potencialidades, etc., poniendo en práctica la *Investigación - Acción Participativa*, atendiendo las patologías encontradas, efectuando acciones de *prevención y de promoción*.

El Modelo de Atención de Salud Comunitaria, se sustenta en principios y valores totalmente contrapuestos al Modelo de Atención Asistencialista tal como se puede observar en las gráficas siguientes.



Elaborado por el Dr. Franz Trujillo, Coordinador Interno  
RM SAFCI - La Paz - Bolivia, 2008



Elaborado por el Dr. Franz Trujillo, Coordinador Interno  
RM SAFCI - La Paz - Bolivia, 2008

El Ministerio de Salud y Deportes ha puesto en práctica la Estrategia de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural a través de dos experiencias: La Residencia Médica en Salud Familiar, Comunitaria Intercultural, (que tiene directa relación con el Comité de Integración Docente Asistencial e Investigación) que constituye en el momento actual la ÚNICA EXPERIENCIA que concretiza en la práctica las políticas del Sector Salud y los planteamientos filosófico - teóricos, metodológicos y técnicos del Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural.

La Residencia Médica en Salud Familiar, Comunitaria Intercultural, no sólo ha concretizado y puesto en práctica los grandes postulados del Modelo de Atención de Salud Comunitaria, sino que además ha profundizado los conocimientos sobre determinadas categorías por una parte y por otra ha ido rescatando a través de los procesos de complementariedad y reciprocidad, los conocimientos y saberes de nuestros ancestros.



Los Médicos Residentes realizando la Especialización en Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que tiene una duración de 3 años, Residencia que la desarrollan en más de 2.000 comunidades de la jurisdicción de los Puestos de Salud asignados, los que a su vez pertenecen a más de 220 municipios de los nueve departamentos del país, con niveles de pobreza extremos. La Comunidad, por tanto, se constituye en el Centro de Formación, en la *Universidad* de los mismos.

Al ser una Residencia, ella responde también a una serie de requisitos y exigencias académicas que los 274 MR. SAFCI deben cumplirlas.

Una segunda experiencia lo constituyen los denominados «Equipos Móviles SAFCI, conformados por: un médico, una enfermera, un odontólogo, un profesional del área social y un conductor, equipos que se desplazan también a comunidades, con el objetivo de posesionar el Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural.

Estas dos experiencias, constituyen los referentes necesarios e imprescindibles al momento de desarrollar cualquier proceso de educación permanente y continua en salud.

## VI. CORPUS FILOSÓFICO - TEÓRICO QUE SUSTENTA LA POLÍTICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD

Las bases filosófico - teóricas que sustentan la Política de Desarrollo de los recursos humanos de Salud, surgen de los referentes empíricos evidenciados y expuestos brevemente en los puntos II y III del presente documento.

Es importante partir de la siguiente afirmación: *Los conocimientos y prácticas de hombres y mujeres, profesionales de cualquier disciplina y en particular de las ciencias de la salud, deben ser pertinentes a toda cultura en un espacio -tiempo determinado y constituir la piedra fundamental para el desarrollo de actividades de toda índole, más aún si se trata de políticas, estrategias, programas que están dirigidas al cambio, a la transformación.*

La construcción de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos, tuvo y seguirá teniendo como referente teórico fundamental la salud considerada filosóficamente como vida y por ende como un derecho inalienable, ya que la conservación de la misma constituye la máxima aspiración natural del ser humano, garantizando las condiciones necesarias para que esa vida sea digna. *Salud es estar en armonía con uno/a mismo/a, con la naturaleza toda y con los demás hombres y mujeres.*

Por tanto, no es suficiente poseer la vida en «subsistencia», perspectiva que implica sólo la satisfacción de necesidades básicas tales como: Alimentación, vivienda, vestimenta, accesibilidad a los servicios básicos, saneamiento ambiental, seguridad social, recreación, dejando de lado la satisfacción de necesidades axiológicas: participación social y política, organización, movilización, etc.

La vida y la salud no son conceptos abstractos ni se dan fuera de la historia, es decir, de un espacio - tiempo.

Se asume por tanto, que el concepto de derecho humano a la vida y a la salud, están determinadas y sistemáticamente ligadas a los modelos de la

macro y micro economía, de la política, ideología y cultura, la salud no se limita a la ausencia de enfermedades.

La salud y la vida son dos elementos fundamentales para la producción de bienes materiales y espirituales, entendida esta última como la creación y recreación del arte (pintura, música, textiles etc.), ciencia entre otros. La salud y la vida son elementos fundamentales para la *producción y reproducción* de la familia y la comunidad, producción de bienes materiales que a su vez permiten la reproducción de los sujetos que viven en familia y de la comunidad en su conjunto.

*La producción y la reproducción social, familiar y comunitaria* constituyen dos elementos de un único proceso, *la reconstrucción del poder local* que necesariamente incidirá en la gestación de una sociedad mas justa, solidaria, equitativa, recíproca, complementaria y democrática en la que estamos empeñados en construir en este momento histórico en Bolivia.

La producción y reproducción social son dos categorías teóricas que se materializan a través de las *prácticas (trabajo) productivas y sociales de hombres y mujeres, prácticas que adquieren características específicas, dependiendo dónde (espacio) y cuándo (tiempo)* se desarrollan las mismas, es así, que las prácticas de los profesionales de salud respondieron y responden a modelos económico - sociales, ideológicos y políticos de determinados momentos históricos, los que le dan una determinada direccionalidad a los conocimientos y saberes, a la organización, administración, gestión etc. de la atención y de los servicios de salud, que por siglos, han tenido y tienen aún un carácter excluyente e inequitativo.

Las prácticas profesionales en el ámbito de la salud, no hicieron sino reproducir, las formas de pensar y hacer salud, en una perspectiva biologicista - asistencial -, lógica que también ha sido instaurada en los beneficiarios últimos de la salud, los sujetos y actores de la sociedad en su conjunto.

La política del Sector Salud de este momento histórico, propone rupturas epistemológico - teóricas muy fuertes, proceso que el Ministerio de Salud y Deportes ha iniciado con la elaboración y puesta en marcha de la Políti-

ca de Salud, cuya estrategia es el Modelo de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural.

El eje central del Modelo de Salud Familiar, Comunitario, Intercultural, es la *Comunidad*, considerada esta como el escenario en el que se encuentran fuerzas que le otorgan un determinado perfil económico, social, ideológico, político y cultural y que ellas constituyen los elementos para el desarrollo del quehacer profesional en la perspectiva de generar encuentros de *reciprocidad y complementariedad* de conocimientos, saberes y prácticas de los sujetos y actores sociales de las comunidades: pueblos originarios indígenas y campesinos en inter-relación y consustanciadas con la naturaleza, es el espacio donde se piensa y se produce algo en común, en nuestro caso, a partir de la diversidad de matrices culturales, los que pasaron por procesos de construcción política, en los que se han reorganizado en torno a objetivos comunes.

Otra categoría que orienta la construcción de la Política de Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud es la *categoría teórica de interculturalidad* y que tiene una profunda relación con la categoría *teórica de cultura* que al tratar de definir ambos conceptos se descubre la complejidad que ellas encierran.

Según los autores Zúñiga Madeleine y Ansión Juan: La interculturalidad puede tomarse como principio normativo, es decir, que da ciertas pautas, reglas. Entendida de ese modo, la interculturalidad implica la actitud de asumir positivamente la situación de diversidad cultural en la que uno se encuentra. Se convierte así, en principio orientador de la vivencia personal en el plano individual y el principio rector de los procesos sociales en el plano axiológico social.

El asumir la interculturalidad como principio normativo en esos dos niveles - individual y social - constituye un importante reto para un proyecto de la construcción de un país con las características antes señaladas y en un mundo en el que la pluriculturalidad se vuelve cada vez más insoslayable

e intensa, debido a los procesos migratorios, los que deben ser profundamente investigados para determinar las facetas de la interculturalidad, que por ese factor y otros se convierte en altamente abigarrada.

En el nivel individual, nos referimos a la actitud de hacer dialogar dentro de uno mismo y en forma práctica el reconocerse como parte de una cultura originaria (Intraculturalidad) primero y después analizar y reflexionar sobre las diversas influencias culturales a las que hemos sido expuestos y podemos aún estarlo. Influencias culturales a veces contradictorias entre sí y por lo mismo no siempre fáciles de armonizar. Esto supone que la persona en situación de interculturalidad, reconoce conscientemente las diversas influencias, valora y aquilata todas. Obviamente, surgen problemas al intentar procesar las múltiples influencias, pero al hacerlo de modo más consciente, se facilita un proceso que se inicia de todos modos al interior de la persona y que incidirá en la comunidad donde ella/él esta inserta/o.

La interculturalidad como principio rector, orienta también procesos sociales que intentan construir sobre la base del reconocimiento del derecho a la diversidad y en franco combate contra todas las formas de discriminación y desigualdad social, relaciones dialógicas y equitativas entre los miembros de pluriversos culturales diferentes.

La interculturalidad así concebida.»(...) posee carácter desiderativo; rige el proceso y es a la vez un proceso social no acabado, sino más bien permanente, en el cual debe haber una deliberada intención de relación simétrica y no asimétrica de dominación entre los miembros de las culturas involucradas en él y no únicamente la coexistencia o contacto inconsciente entre ellos. Esta sería la condición para que el proceso sea calificado de intercultural» (Zúñiga, 1995).

En ese sentido la interculturalidad, en este tiempo -espacio, es fundamental, sin embargo; hay que estar conscientes que ella está profundamente atravesada por relaciones de poder.

La interculturalidad como principio rector se opone radicalmente a esa tendencia económica y socialmente homogenizante y culturalmente empobrecedora, parte de constatar las relaciones interculturales - ligadas a las relaciones de poder - de hecho y afirma la inviabilidad a largo plazo de un mundo que no asuma su diversidad cultural como riqueza y como potencial.

Si queremos construir una sociedad justa y democrática - proyecto político a largo plazo -, *que sería la utopía a lograrse*. Los sujetos y actores de las diferentes naciones originario indígenas campesinos, clases medias y población en general, tienen que asumir que las relaciones sociales y de producción por las que se rijan tienen que ser necesariamente simétricas, por tanto, la interculturalidad no puede ni debe ser abordada sin tener en cuenta este elemento: las *relaciones de poder*. Este elemento constituye un núcleo de inflexión muy profundo, por lo que su construcción es altamente compleja, en tanto entran en juego intereses de poder económico, social y políticos.

Autores como Foucault, han recuperado el *concepto de poder* para la vida cotidiana y para muchos espacios donde el poder circula, pero que no es reconocido como tal.

Para Foucault, el *poder antes que un recurso es una relación*, sin embargo; cuando el poder es utilizado para el logro de un objetivo, éste se convierte en un recurso y en ese proceso se desarrollan relaciones de poder, por tanto, resulta imposible analizar y comprender a los sujetos y actores sociales, sin establecer, el entramado de redes de poder que sobre ellos ejercen, que los atraviesan y que los reproducen.

Es imprescindible utilizar la *categoría teórica de poder* por su capacidad explicativa y por la constatación que para producir cambios o transformaciones tenemos que aplicar recursos de poder. ***La eficacia política de tales acciones determinará una nueva acumulación o desacumulación de poder.***

Por otro lado, categorías teóricas como la *colonización, descolonización y neo liberalismo*, tienen una profunda relación con el poder, de ahí que ellas serán

trabajadas en profundidad sobre todo al ejecutar la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, en tal virtud esta política en su línea de formación permanente y continua estará dirigida a la *deconstrucción* de los mismos con la participación del personal del Sistema Nacional de Salud por una parte y por otra de los sujetos y actores sociales de las naciones originarias y campesinas, clases medias y población en general.

El *desmontaje del colonialismo y del neoliberalismo* es de alta complejidad, en tanto tienen íntima relación con los procesos mentales de los sujetos y actores sociales, lo que conlleva generar procesos de «deconstrucción», implicando hacer profundas rupturas filosófico - teóricas, metodológicas, técnicas y prácticas en todos los niveles del entramado económico, social, político y cultural de la sociedad, es decir, necesitamos construir un pensamiento alternativo y así generar nuevos horizontes de acción política, a partir de captar la rica experiencia emancipatoria de los diferentes movimientos sociales sucedidos a lo largo de nuestra historia hasta nuestros días, procesos en los cuales han participado nuestros antepasados por una parte, y por otra las organizaciones sociales liderizadas por nuevos actores sociales que se han hecho visible en las últimas décadas, organizaciones y movimientos sociales que nos han y siguen enseñando que Bolivia es una, diversa e inagotable por ser pluricultural. La emergencia de nuevos actores sociales, instauran a su vez, nuevas prácticas sociales y políticas transformadoras.

El desafío de quienes trabajamos en salud, es hacer un análisis para identificar en que ámbitos de nuestro quehacer prioritariamente se da la colonización y a partir de una profunda reflexión, buscar y crear los mecanismos para ir hacia ese desmontaje, lo cierto y está comprobado que se da una *fuerte colonización foránea - euro céntrica - en las formas del pensar, del sentir y del hacer - prácticas -*, desmontaje que requiere de un proceso largo, por ello es necesario crear mecanismos e instrumentos que generen procesos de descolonización, siendo una de ellas la Investigación - Acción y la Planificación Participativa, que posibilita **deconstruir y construir** en el campo social un conjunto de elementos que nos permita adoptar una conciencia crítica sobre los modos de pensar teórica y prácticamente nuestra sociedad en relación a las estructuras de poder, dominación y explotación.

La investigación - Acción participativa nos permite, desmontar estructuras de pensamiento que desconocen otras formas de cultura y sociedad a partir de analizar y reflexionar sobre las dimensiones epistemológicas, políticas, sociales, históricas de la estructura del pensamiento, por una parte y por otra, recuperar teorías, métodos y desarrollar tecnologías con relación a la salud, reconocer y desarrollar una farmacopea nacional, recuperando la medicina tradicional, así como, suministrando elementos filosóficos, teóricos, metodológicos y técnicos, recogidos de los saberes- conocimientos de los sujetos y actores sociales ubicados en los diferentes escenarios culturales de nuestro país, que nos permita construir nuevos paradigmas acordes con nuestra realidad y sus necesidades, guiados por los principios de reciprocidad y complementariedad.

*El desmontaje del neoliberalismo*, al estar sustentado filosóficamente en el individuo como ser competitivo, su producción es sometido a la libre oferta y demanda del mercado, - como eje central -, no sólo de la producción de bienes materiales, sino también de los bienes de producción espiritual: Ciencia, teorías, conocimientos, arte, textiles, música, artesanía entre otros en sus diversas manifestaciones, los que ingresan al circuito de la comercialización donde se genera nuevamente la competencia y el lucro, estos son los elementos que dieron lugar a la *mercantilización y privatización de la salud*, política neoliberal, que le quitó al Estado la responsabilidad de esa alta función.

Como se señaló anteriormete, *ambos desmontajes implican desestructurar esquemas mentales, tarea difícil, pero no imposible de realizar en un empeño a largo aliento.*

Estos son los referentes teóricos - entre otros - fundamentales que orientan la construcción, implementación y ejecución de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.





## VII. DEL MÉTODO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD.

Las Políticas Pública y Sociales en el momento actual, necesariamente tienen que ser construidas en forma conjunta con el Soberano a partir de lo establecido en la Nueva Constitución Política del Estado, la misma que establece el tipo de Sociedad y Estado que debemos construir.

Las políticas públicas y sociales se elaboran como respuestas primero a la necesidad de Refundar o construir un país en una nueva perspectiva, - que es nuestro caso - en segundo lugar para dar respuesta a las necesidades no sólo básicas, sino también políticas manifestadas a través de fuertes interpelaciones de los sujetos y actores sociales de las naciones originario, indígena y campesinos, necesidades básicas y axiológicas postergadas por siglos.

La construcción de una Política Pública o Social en general y la Política de Desarrollo de RHUS en particular, pasa por satisfacer necesidades sentidas manifestadas por sujetos y actores sociales, quienes interpelan al Estado en busca de respuestas para la satisfacción de las mismas.

Esas necesidades sentidas pasan por el necesario cribaje de un *análisis de situación de las mismas, estableciendo las características - particularidades* de los sujetos interpelantes, ubicados en un tiempo - espacio, así mismo, la construcción de una política Pública y Política Social, requieren de un *análisis de la o las tecnologías a ser utilizadas para su implementación, un análisis de la posibilidad y factibilidad económica, contar con una infraestructura y equipamiento necesarios y la necesidad de dotarse de una normatividad (Leyes, Decretos, Resoluciones, reglamentos) que las respalden.*

La construcción de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, es una *necesidad institucional sentida* y expresada desde hace más de dos década por sujetos y actores sociales que conforman el Sistema Nacional

de Salud. En el momento actual la satisfacción de dicha necesidad se torna mucho más imperiosa en tanto nuestro país se encuentra en un proceso de cambio sin precedentes gracias a las continuas interpelaciones de los movimientos sociales. Como respuesta a esas interpelaciones el Sector de Salud formuló también sus políticas dirigidas al cambio en el quehacer de salud en una perspectiva integral y holística y de acceso universal de la misma.

En esa perspectiva para el abordaje y la construcción de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud, fue necesario optar por un determinado método o camino, hacerlo al estilo tradicional o utilizar un método alternativo, se optó por la Planificación Estratégica.

Según Mario Rovere, la concepción Estratégica de Planificación en Salud y Recursos Humanos que detecte, que en los espacios sociales el impulso transformador no necesariamente surge de “arriba hacia abajo” o de “abajo hacia arriba”, sino que allí pueden generarse las propuestas más innovadoras o las estrategias más exitosas. En este sentido es evidente que la emergencia de las categorías de actores sociales, de poder, saber, puede colocar la problemática de recursos humanos en el centro del análisis del sector.

La Planificación estratégica es un instrumento que genera procesos de construcción colectiva que busca reducir la distancia entre la reflexión y la acción, entre la investigación, el conocimiento y la práctica, comprendiendo mejor los procesos de cambio, reproducción y transformación en espacios micro y macrosociales.

La Planificación Estratégica, es una metodología organizada en momentos que contempla, efectúa y parte de un análisis de situación de la realidad y del problema o hecho que se quiere modificar, cuyos resultados permiten proyectar los deseos y valores expresados en una Visión, y a partir de la cual identificar las posibles soluciones explicitados en proyectos dirigidos a lograr lo que queremos; el proceso quedaría incompleto sino se abordara o construyera la posibilidad y viabilidad y no se efectuara un análisis del desarrollo de capacidades táctico operacionales, es decir, cómo vamos a lograr lo que nos proponemos.

### 7.1. Momento de análisis y síntesis de la realidad que se quiere modificar:

En este momento denominado de análisis, los sujetos y actores sociales identifican los hechos y fenómenos visibles y que llaman la atención a los mismos, desentrañando los elementos y características *de lo que es esa realidad*. Este desentrañamiento o análisis, sin duda alguna, tiene un nivel de subjetividad que debemos hacer los esfuerzos de colocar y evidenciar los hechos y fenómenos a través de la información de las relaciones e inter-relaciones que coadyuven a una mejor explicación de los mismos.

En todo análisis concurren siempre esos dos elementos, lo subjetivo y lo objetivo. Lo objetivo se subjetiviza en el proceso de análisis y lo subjetivo se objetiviza, este proceso por otra parte es mediado por el análisis inter subjetivo, es decir, en la medida en que intervienen otros actores y otras fuerzas sociales representadas en los procesos históricos que aportan con elementos para la comprensión de la realidad.

En ese proceso se identifican problemas, ellos existen en la medida que son los sujetos que los problematizan, es decir, los problemas no existen independientemente de la existencia de sujetos que se problematizan, esa problematización cobra legitimidad en tanto se la efectúa con la participación de los sujetos y actores sociales involucrados en la tarea, tornándose así en un acto colectivo de gran significación.

*Con miras a la construcción de una política, los problemas deben necesariamente ser delimitados, clasificados, descritos, explicados y priorizados.*

### 7.2. Momento de proyección de deseos o valores:

En este momento, se identifica y construye la VISIÓN, es decir, el DEBER SER, es el momento en el que se identifica lo que se quiere lograr.

La Visión tiene la función de dirigir hacia donde se mueven los sujetos y actores sociales como una determinada fuerza social y por ende las actividades inherentes a ellas, por esta razón, este momento es de gran importancia y significación en tanto imprime la direccionalidad a una política sea esta pública o social.

La construcción de la VISIÓN se la hace teniendo en cuenta los resultados del análisis de situación, es decir, ella emerge de realidades concretas y esto es lo que debemos cuidar al momento de elaborarla.

La elaboración de proyectos también se ubica en las coordenadas del «deber ser», el diseño de los mismos, es el momento de concebir formas concretas y específicas de intervención sobre aquellos problemas priorizados por su importancia política, motricidad, prioridad técnica, etc.

Un proyecto esta constituido por un conjunto de acciones, dirigidas a resolver y vulnerar un problema. Al construir la Política de Desarrollo de RHUS, se han *identificado Líneas de Acción* y al interior de las mismas, *proyectos* dirigidos a vulnerar los problemas identificados en el proceso de análisis de situación efectuado en el primer momento.

### 7.3. Momento de descubrir y abrir caminos

Es el momento de *construir posibilidades y viabilidades* para que un proyecto tenga éxito y no sea un fracaso que genere desencantos y desesperanzas.

La construcción de viabilidad esta dirigida ha colocar y acercarnos o poner el objetivo a nuestro alcance, es decir, que todo lo proyectado sea posible y viable de realizarlo y para ello es imprescindible desarrollar capacidades en los RHUS, tácticas operacionales que conduzcan a cómo lograr lo que nos hemos propuesto en nuestra Visión.

## VIII. VISIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Esta dirigida a consolidar una masa crítica laboral comprometida con los cambios que se vienen dando en el país en general y con las políticas del sector de salud en particular, capaces de constituir equipos de salud con una perspectiva integral/holística, basados en los principios de solidaridad, equidad, complementariedad y reciprocidad en todos los niveles de complejidad, articulados en redes intra e intersectoriales, que promuevan el efectivo ejercicio del derecho a la salud, brindando servicios de salud en una relación horizontal y simétrica a las diversas culturas y cosmovisiones, articulando y complementando conocimientos, sentires y prácticas, dirigidos a que “Vivan Bien” las familias y las comunidades.

A través de:

“Un proceso de educación con y en la comunidad y en los servicios que alcanza a todos los trabajadores y equipos de salud articulado con los procesos de formación, *con una perspectiva común, integral/holística y orientada a lograr un cambio ideológico-político y actitudinal, que contribuye a la socialización e implementación de las políticas de salud, centrada en valores éticos e inmerso en una cultura de educación transformadora e incluyente*”.

«Con un modelo de gestión compartida y participativa que garantiza la *distribución equitativa de recursos humanos* en el territorio, que promueve una fuerza laboral motivada, *ética comprometida* con las necesidades sociales e involucrada en el proceso de cambio; desarrollando sus acciones en ambientes laborales saludables».

“Con una función de rectoría fortalecida del Ministerio de Salud y Deportes en la construcción e implementación de una política de recursos humanos en salud, trabajando articuladamente con el Ministerio de Educación, con la Universidad Boliviana, con otras instancias del Estado, las organizaciones sociales, instituciones- municipios, SEDES, entes gremiales (colegios profesionales, sindicatos) que concurren en este elevado *objetivo*”.



## IX. LÍNEAS DE ACCIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Las líneas de acción están dirigidas a los tres ámbitos de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos: Formación, Gestión, Investigación y dos de apoyo técnico a las mismas – Observatorio y publicaciones.

### **Línea de acción I: Socialización de las Políticas Nacionales, de Salud y fortalecimiento de la Rectoría sobre instituciones de formación de Recursos Humanos en Salud.**

El concepto de socialización es utilizado por lo menos en tres disciplinas: Psicología, economía y sociología. En el presente documento, asumimos el que nos proporciona la última disciplina, que la define como: “La creciente interdependencia recíproca, generada a partir de un hecho que requiere ser conocido, analizado y reflexionado”, es decir, internalizado, posesionado y a partir del cual se asuma un compromiso para complementarlo teórica, metodológica y técnicamente y se lo concrete/ejecute en la práctica.

El concepto de socialización en esta perspectiva tiene la característica de densificar a colectivos mayores el hecho o problema a socializar.

Otro de los conceptos es el de Rectoría, que implica dirección, mando, conducción, administración, manejo, cualidades que deben tener las personas que están al frente de una Institución para servir y no servirse de ella.

Las políticas del Ministerio de Salud y Deportes, ante la evidencia de la pérdida de su rectoría están dirigidas a recuperarla y consolidar su soberanía sanitaria, sin condicionamientos externos, ejerciendo autoridad sanitaria en todos los niveles de gestión.



**Objetivo general estratégico.**

“Compartir, analizar, reflexionar, los elementos y contenidos de las políticas del Sector y de Desarrollo de Recursos Humanos con los sujetos y actores sociales involucrados en la formación de Recursos Humanos en salud y con hombres y mujeres de las naciones originarias indígenas y campesinas, estableciendo alianzas estratégicas para implementar y ejecutar dichas políticas dirigidas a contar con personas críticas y comprometidas con el cambio que vive el país”

**Proyecto 1.1:** Socialización de políticas del sector Salud y de Desarrollo de Recursos Humanos a todo el personal del Sistema Nacional de Salud.

**Proyecto 1.2:** Fortalecimiento del Ministerio de Salud y Deportes en la socialización de las políticas Nacionales, del Sector y de Desarrollo de recursos humanos en instituciones públicas y privadas de Formación de R.H. U.S.

**Proyecto 1.3:** Fortalecimiento de la Rectoría del Ministerio de Salud y Deportes en la socialización de las políticas Nacionales, del Sector y de Desarrollo de R.H.U.S. en los municipios del país.

**Proyecto 1.4:** Fortalecimiento de la Rectoría del Ministerio de Salud y Deportes en materia de formación y capacitación en salud de las organizaciones sociales existentes en el país como principales protagonistas de la construcción del Estado Pluricultural.

**Proyecto 1.5:** Sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación de las actividades inherentes a los Proyectos.

## Línea de acción 2: Gestión de Recursos Humanos en Salud

Gestionar los Recursos Humanos de Salud, cuando por más de dos décadas el Ministerio de Salud y Deportes había perdido su función rectora en las cuestiones de salud, no será nada fácil pero no imposible, por una parte y, por otra, también esa Rectoría tendrá que enfrentarse a una administración burocrática, fenómeno que no sólo es privativo de Bolivia, sino también de los países Latinoamericanos, cuyas características fueron, entre otros, la impersonalidad, la discrecionalidad en una lógica prebendal y patrimonial de los nombramientos del personal, la postergación de contar con una carrera sanitaria, la profesionalización y el “control rígido” de los procesos administrativos.

La gestión de los Recursos Humanos en salud, que en la actualidad, es una maquinaria administrativa pesada y lenta, se constituye en un obstáculo para acompañar e impulsar las transformaciones. Los cambios que se dan en el sector en particular y a nivel gubernamental en general, dan lugar a la ineficiencia del Estado y del sector en la atención a las demandas dirigidas a éste, por tanto, cambiar esa lógica, es un verdadero desafío de la presente gestión.

El Ministerio de Salud y Deportes en los dos últimos años ha recorrido un camino en la perspectiva del cambio/transformación profunda en el quehacer de la salud con la participación de las organizaciones sociales quienes reclamaron la democratización de la Salud y un mayor involucramiento del Ejecutivo y Legislativo, instituciones públicas, ONGs y Organismos Internacionales.

Lo anterior implica contar con personal con capacidad, ágil, rápido y oportuno para poner en marcha un Sistema de Gestión de Recursos Humanos en Salud, altamente complejo.

En la actualidad el sector salud no cuenta con dicho recurso humano con esas características. Habrá que formarlo, estando conscientes que

el ambiente organizacional del Ministerio de Salud y Deportes, en lo que hace a recursos humanos, es inestable por una parte y por otra, la perspectiva de los mismos es altamente positivista / flexeriana, por lo que no acompañan los procesos de cambio que se dan en el país y en el Sector de Salud.

Los Gestores de los Recursos Humanos en Salud, tienen la responsabilidad de plantearse un sistema de reclutamiento y selección, que permita escoger a las personas más idóneas para ocupar determinados puestos o ejercer una determinada función con miras a profundizar los cambios; reclutamiento y selección que tiene que enmarcarse a los pasos que establece una planificación: Determinación de necesidades de personal; solicitud de personal, análisis del mercado de trabajo, selección de las técnicas de reclutamiento, elección del contenido de reclutamiento, la *ejecución* y por último la *evaluación del desempeño* del personal.

### **Objetivo General estratégico.**

“Reordenar la *gestión de los recursos humanos de salud* en sus aspectos jurídicos, destrezas, habilidades/competencias, responsabilidades, entre otros, efectuando un análisis crítico de la situación y conducción de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud que permita establecer y formular estrategias dirigidas a reconducir dicha gestión”.

**Proyecto 2.1:** Redefinición de habilidades/competencias, destreza y responsabilidades del personal de salud.

**Proyecto 2.2:** 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.

**Proyecto 2.3:** Rediseño y gestión de la carrera Sanitaria única en el marco de las nuevas destrezas y habilidades/Competencias y responsabilidades asignadas al sector Salud.

**Proyecto 2.4:** Diseño normativo estandarizado para el cálculo de requerimientos y distribución equitativa de R.H.U.S.

**Proyecto 2.5:** Monitoreo, seguimiento y evaluación de los proyectos.

**Línea de acción 3:** **“Formación de recursos humanos en salud que articule el pregrado, postgrado, educación continua y educación permanente, con visión intercultural y en relación a la realidad socio sanitaria del país”**

Esta línea de acción, está dirigida a generar procesos de formación de recursos humanos en salud como un elemento de articulación, en los diferentes niveles: Pregrado, postgrado, educación continua, en una perspectiva de cambio en el pensar, sentir y hacer salud.

Por tanto, el abordaje de Formación de Recursos Humanos en Salud, deberá hacerse de manera contextualizada y sustentada por el marco filosófico, metodológico y técnico de las políticas del sector, tarea que constituye un verdadero desafío en tanto, debemos establecer con claridad el modo de concebir – concepción - en los cuales se deben enmarcar los procesos de formación, la educación continua, y la educación permanente.

Se identifica dos procesos:

1. Formación continua en salud.
2. Formación permanente en salud para personal desempeñando su labor en los servicios (asistencial, preventivo y promoción)

No referimos en primera instancia a la:

1. **FORMACIÓN EN SALUD.** Definida como la orientación general de diversas formas de articulación el estudio - trabajo.

Constituye un proceso de construcción de conocimientos, saberes y prácticas por el personal que trabaja en el Sistema Nacional de Salud a partir de la interacción entre los actores del sistema: (Universidades y centros de formación, empleadores, trabajadores y población usuaria.) y la identificación de habilidades, destrezas, actitudes y prácticas que respondan a las necesidades de atención en salud de las comunidades tomando en cuenta sus formas de pensar, sentir y hacer salud, es decir, teniendo en cuenta su cultura y cosmovisiones, lo que implica trabajar en la categoría intercultural, “en una perspectiva participativa, comunitaria descolonizadora y de calidad”. (Art.78. Inciso I. N.C.P.E).

Se identifican tres tipos de procesos:

**1.1. Postgrado:** Contempla el Sistema de Residencias médicas en la lógica de la Integración Docente Asistencial – IDA -, (Residencias clínicas y socio clínicas y otros programas de postgrado: Diplomados, maestrías, doctorados). Estos procesos deberán articularse entre sí a partir de la normativa y directrices que emane del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación (CNIDAI) – ente normador en materia de formación de recursos humanos en salud, integrado por los Ministerios de Salud y Deportes, de Educación y Culturas y Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana.

**1.2. Educación Continua.** Es mono disciplinaria, abierta, busca el mejoramiento del conocimiento a través de

la actualización, complementación, mejoramiento de prácticas, procedimientos para la atención, manejo de políticas y programas de salud. (Cursos, talleres, seminarios, jornadas, etc.). Está orientada a mantener actualizado el conocimiento profesional, a través de cursos y entrenamientos certificados. La recertificación ingresa en esta lógica.

- 1. 3. Educación Permanente.** Se caracteriza por ser un proceso participativo, multidisciplinario que promueve el análisis y reflexión con relación al desempeño, actitudes y prácticas del equipo de salud en los procesos de trabajo cotidiano. Busca no solamente el mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios, sino también está dirigido a generar cambios de actitud y comportamiento individual y del equipo de salud hacia la atención de la salud en el servicio, respetando, la cultura, cosmovisión de los usuarios.

La lógica de Educación Permanente desencadena diversos procesos de actualización, complementación y/ o investigaciones operativas en función a los problemas identificados en el servicio (Puesto de Salud) y en la comunidad los que se desarrollan con un equipo multidisciplinario y la participación de sujetos y actores de las mismas. Responde a la concepción problematizadora de la educación en tanto se sustenta en el principio filosófico - metodológico de: Análisis, reflexión y acción.

La Educación Permanente en salud, es definida como *“la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo (...), cuya finalidad es mejorar la salud de la población”*, lo que implica, avanzar en un programa de formación holística/integral, es decir:

1. La Educación Permanente, debe estar dirigida a una “revisión crítica de la cultura institucional, de los modos de pensar, sentir, percibir y actuar”.
2. La Educación Permanente debe generar “procesos de apropiación activa del saber científico, alrededor del análisis de los procesos de trabajo y de los problemas que se encuentran en la práctica de salud”.
3. La Educación Permanente, está dirigida “al fortalecimiento de los objetivos del equipo, en función de valores compartidos”

### Objetivo General estratégico

Generar procesos de análisis, reflexión y propuestas de acción en los niveles del pregrado, postgrado y de los operadores del Sistema Nacional de Salud, dirigidos a cambiar las formas de pensar, sentir y hacer la salud.

**Proyecto 3.1:** Formación de recursos humanos en salud en pre y postgrado (Auxiliar, técnico, licenciatura, especialidad, maestría, doctorado). Educación continua con visión intercultural.

**Proyecto 3.2:** Educación permanente en salud en todas las áreas geográficas y de desempeño laboral en salud.

**Proyecto 3.3:** Sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación de los proyectos de formación y de educación permanente en salud.

#### **Línea de acción 4: Sistema de información de salud y análisis para la toma de decisiones.**

La información debidamente *seleccionada, sistematizada y analizada* constituye uno de los elementos para la toma de decisiones a nivel de políticas económicas y sociales, de ahí, que una información debe ser sustentada en referentes empíricos ciertos y teorías que permitan una explicación de los mismos, por tanto, el tratamiento de una información deberá hacérsela con métodos pertinentes y adecuados.

Es de conocimiento de todos que, por no contar con una información pertinente, adecuada y oportuna, se toman decisiones incorrectas.

La formulación de políticas económicas, sociales y públicas deben necesariamente estar respaldadas por una información cuidadosamente analizada, lo que implica que dicha información debe ser actualizada permanentemente, es decir, no se puede tomar decisiones con base a una información de cinco o diez años atrás, ya que esa información corresponde a otro tiempo. No debemos olvidar que el presente ya es otro tiempo. Por otro lado, no se debería efectuar extrapolaciones de informaciones correspondientes a situaciones concretas a otras de mayor generalidad, cada situación concreta, cada escenario concreto contiene en sí densidades económicas, sociales, políticas, culturales que corresponden a un determinado tiempo – espacio, lo que les otorga características específicas.

El abordaje de las políticas de salud y por ende del desarrollo de los recursos humanos como uno de los pilares sobre los cuales recae la sostenibilidad en el tiempo de los cambios y transformaciones que se viene dando en nuestro país, requiere contar con una información lo más fidedignamente posible sobre las características laborales, académico –profesionales, perspectivas, expectativas, aspiraciones económicas, sociales y políticas, niveles de motivación, destrezas, habilidades para el trabajo, número de personal según categorías,



perfiles profesionales según cargos, ubicación geográfica del personal. Estas y otras son las informaciones cuanti -cualitativas que el Sistema de Información de Recursos Humanos debe recoger y actualizarlos permanentemente para una toma de decisión respaldada empíricamente.

Por lo general, los sistemas Nacionales de Información de Salud, están más preocupados por el logro de coberturas, - que es importante-, pero totalmente insuficiente, las personas profesionales o no son las que trabajan día con día para lograr esas coberturas, sin embargo; no se las toma en cuenta de manera holística, es decir, en su **dimensión subjetiva, en su pensar, sentir y objetiva, en sus condiciones materiales** en las cuales desarrolla su vida cotidiana y su trabajo para lograr, por ejemplo, esa coberturas.

El Sistema Nacional de Información en Salud – SNIS -, necesariamente tendrá que incorporar información relevante cuanti - cualitativa sobre los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud como un ingrediente altamente sensible que atraviesa o transversaliza todo el quehacer académico, técnico, social y político de salud.

### **Objetivo general estratégico.**

“Contar con un sistema de información cuanti – cualitativo de los recursos humanos del sector público, privado y de organizaciones sociales con una mirada profunda de los procesos de interculturalidad, articulado al Sistema Nacional de Información de Salud, que permita tomar decisiones adecuadas, pertinentes y oportunas”

**Proyecto 4.1:** Creación de un Sistema Nacional de Información de Recursos Humanos articulado al SNIS.

**Proyecto 4.2:** Creación del Consejo Nacional de Recursos Humanos

**Proyecto 4.3:** Sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación de los proyectos.

### **Línea de acción 5: Sistema de Investigación en Salud.**

La Investigación conceptuada en una perspectiva general, conlleva un riguroso proceso de codificación de la realidad a ser estudiada y los conceptos a ser utilizados en dicho proceso, constituyen uno de los instrumentos que nos permite producir conocimientos, por tanto, supone un trabajo de construcción en el pensamiento de los hechos y fenómenos a ser investigados.

La investigación es una actividad de hombres y mujeres orientada a descubrir algo desconocido. Tiene su origen en la curiosidad innata de los mismos, es decir, en su deseo de conocer cómo y porqué son las cosas y cuales son sus razones y motivos, lo que obliga ha investigar y buscar soluciones a dichos problemas, dificultades y necesidades

Como proceso, la investigación, se orienta al desentrañamiento de los hechos, fenómenos o problemas, utilizando el método científico. Por tanto, la misma es aplicable a las investigaciones clínico-sociales, antropológico-culturales, entre otras.

Una investigación es social si su campo de investigación es la sociedad con toda su densidad económica, social, política, cultural. En esta perspectiva, se puede definir la investigación científica social como el proceso de aplicación del método y técnicas a situaciones, problemas teóricos y prácticos concretos en el área de la realidad social para buscar respuestas y nuevos conocimientos.

En el momento histórico de profundas trasformaciones en nuestro país, se hace imprescindible fomentar las investigaciones sociales, que suministren una información basada en referentes empíricos válidos,

que permitan tomar decisiones adecuadas, pertinentes y oportunas, en este caso para quienes comandan el sector salud.

La investigación clínica, es definida como el proceso de búsqueda y generación de conocimiento, definición que tiene relación con el concepto de investigación social ya que ambas generan y producen conocimientos. La diferencia estaría en que dichos conocimientos son de diferente nivel, la investigación clínica tiene directa relación con el paciente – persona/individuo que adolece de alguna patología, esto en tanto que “clínica” proviene del griego kline que significa lecho. Aunque corrientemente se utiliza para indicar la relación médico – paciente, en cambio el Diccionario de la Real Academia Española la define como parte práctica de la enseñanza de la medicina, o también como el departamento de los hospitales destinados a dar enseñanza, siendo hoy en día un requisito, sobre todo para hospitales de segundo nivel que quieran contar con médicos residentes de las diferentes especialidades además de contar con docentes/ instructores en dichas especialidades.

La investigación clínica, no debe circunscribirse solamente a la investigación de patologías, su diagnóstico, tratamiento etc., es decir, a la parte biológica, sino también los clínicos deberán contextualizar dichas patologías para lograr una mejor comprensión y explicación de las mismas, considerando sobre todo que los pacientes provienen de diferentes culturas, con formas de pensar, sentir y concebir la enfermedad desde sus propias cosmovisiones.

Se visualiza la implementación y ejecución de cinco proyectos de investigación que tendrán que ser desarrollados por personal capacitado.

#### **Objetivo general estratégico.**

“Contar con un sistema de investigación en salud con principios de integralidad, interculturalidad, intersectorialidad y participa-

ción social, con la finalidad de generar conocimientos y establecer estrategias de intervención que respondan a las necesidades de la población boliviana”

**Proyecto 1:** Gestión de la Investigación en Salud.

**Proyecto 2:** Generación de políticas de investigación en Salud.

**Proyecto 3:** Formación de Gestores de Investigación en Salud.

**Proyecto 4:** Creación y/o fortalecimiento de Centros/Institutos de Investigación en Salud.

**Proyecto 5:** Monitoreo, seguimiento y evaluación de los proyectos de investigación.

**Línea de acción 6: Creación del Centro de formación de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural.**

La importancia de crear un Centro de formación, capacitación y actualización de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural, estriba en que se constituirá en el referente principal y el signo evidente de la Rectoría del sector en los tres ámbitos que hacen a la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud: a) Formación en Salud en sus vertientes de Educación Permanente y Continua. b) Gestión y administración del personal del Sistema Nacional de Salud y c) Sistema de Investigación en Salud. Tres ámbitos apoyados por el Observatorio de Salud y el área de producción y publicaciones.

Por otro lado, dicho Centro de formación será el *punto de encuentro* para analizar, reflexionar y proponer políticas inherentes a los Recursos Humanos en Salud, alternativas de acción en una perspectiva de complementariedad y reciprocidad, con relación a los procesos de cambio que se vienen dando a nivel nacional, en el área Andina, es decir, en el Abyayala y a nivel internacional.

**Objetivo general estratégico.**

Contar con una instancia física en la que confluyan sujetos y actores sociales involucrados y comprometidos con el quehacer en salud, realizando actividades dirigidas a generar procesos de análisis, reflexión y propuestas de acción en una perspectiva de complementariedad y reciprocidad de conocimientos, saberes y prácticas a nivel Nacional e Internacional, dirigidos a cambiar las formas de pensar, sentir y hacer salud en una perspectiva integral/holística.

**Proyecto 6.1:** Diseño e implementación del Centro de Formación en Salud Familiar, Comunitaria Intercultural.

**Proyecto 6.2:** Estrategia de financiamiento para la elaboración, implementación y ejecución de las actividades inherentes al proyecto.

**Proyecto 6.3:** Sistema de Monitoreo, seguimiento y evaluación de los procesos proyectos.

## PARTICIPANTES EN EL DISEÑO DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

### Representante del Viceministerio de Educación Superior

Dr. Ramiro Tapia Sainz

#### *Representantes de universidades*

<b>UMSS</b>	Dr. Carlos Espinoza A. Lic. Nilo Ramos Sánchez
<b>UAJMS</b>	Dra. Lourdes Ortíz Dr. Carlos Hoyos Delfín
<b>UAB</b>	Lic. Wilma T. Alarcón B.
<b>UAGRM</b>	Dr. Carlos Velasco
<b>UMSFXCH</b>	Dr. José Arce A.
<b>UATO</b>	Dr. Luís Torrez Cardona Dr. Oscar Rodrigo B.
<b>UMSA</b>	Dra. Nila Heredia Dra. Memphis Olachea
<b>UATF</b>	Dr. Héctor López Bravo
<b>UCB</b>	Dr. Roberto Vargas Dra. Eldy Roca

#### *Representantes de los Servicios Departamentales de Salud – SEDES*

<b>Oruro</b>	Lic. Roberto Medina
<b>Santa Cruz</b>	Dra. Carmen Rosa Peña Dra. Layda Montero
<b>La Paz</b>	Dr. Marco Caviedes
<b>Cochabamba</b>	Dr. Rolando Iriarte Dr. Amadeo Rojas
<b>Pando</b>	Dr. Marcos Daza Lic. Sábata Núñez
<b>Potosí</b>	Lic. Ricardo Llanos A.

#### *Representantes de organizaciones sociales*

<b>APG</b>	Sr. Fidel Bauti Vargas
<b>CIDOB</b>	Sr. Julio Quette
<b>C.S.T.S.B.</b>	Sr. Silvio Flores Sra. Edmy Gloria López Sr. Félix Ticona Quispe

**C.S.C.B.** Sr. Juan Marcos Viruez  
Sr. Ariel Yañez

**C.S.U.T.C.B.** Sr. Edwin Condori Q.  
**Col. Enfermeras** Lic. Elba Olivera

#### *Representantes del Ministerio de Salud y Deportes*

Dr. Nelsón Ticona
Dra. Yolanda Vargas
Dra. Matía Julia Cabrerizo
Dr. Fidel Cajías
Dra. Mary Tejerina
Sr. Víctor Álvarez
Dr. Ramiro Asturizaga
Dra. Alicia Aliaga
Dr. Rolando Núñez
Dra. Ana María Aguilar
MSc. Miryam Gamboa V.
Dr. Gheiber Valle
Dr. Inti Pacheco
Dr. Marco Valencia
Dr. Franz Trujillo
Dr. Víctor Estrada
Dr. Javier Rodríguez
Lic. Ma. Lourdes Carrasco
Lic. Diego Noriega
Dra. Isabel Fernández
Sr. Roque Alcides
Sr. Miguel Ángel Torres Sandi
Dra. Alba Mora Méndez

#### *Representantes de la CNS y Hospitales*

	Dr. Marcelo Farfán
<b>Hosp. Japonés</b>	Dr. Edwin Salazar
<b>La Paz</b>	Dr. James D. Rocha

#### *Representantes de la OPS/OMS*

Dr. Christian Darras
MSc. Hugo Rivera

## PARTICIPANTES EN LA REVISIÓN TÉCNICA DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

### *Representantes de Universidades*

**UMSS** Lic. Nilo Ramos Sánchez.

**UAJMS** Lic. Miriam Vargas.  
Dra. Lourdes Ortiz.

**UMSFXCH** Lic. Víctor Cervantes D.

**UATF** Dr. Holger Alfonso Ch.

### *Representantes de RHUS – SEDES*

**Cochabamba** Dr. Armando Dávila Cruz.

**Potosí** Lic. Germán Moreira R.

**Chuquisaca** Lic. Nelly Berríos P.

**Santa Cruz** Dra. Layda Montero S.

**La Paz** Lic. Lourdes Carrasco F.

### *Representantes del Ministerio de Salud.*

MSc. Miryam Gamboa Villarroel

**MSyD** Dra. Ana María Suño  
Ing. Cinthia L. Sanjines Gutiérrez  
Dr. Reynaldo Aguilar Álvarez  
Dr. Inti Pacheco Espinoza  
Vladimir Velasco Pérez  
Lic. Eulogia Tapia Quispe.

### *Representantes de Organizaciones sociales*

**CONAMAQ** Mama Thalla Santusa Sánchez  
Vallejos

Mallku Secretario de Salud:  
Andrés Saavedra Vargas.

**C.S.T.S.B.** Tec. Walter Angulo Urzagaste.

**Col. Enfermeras** Lic. Elba Olivera Choque

### *Representante OPS/OMS.*

MSc. Hugo Ernesto Rivera Mérida

## BIBLIOGRAFÍA

1. **OPS/OMS.** Llamado a la Acción de Toronto 2006 – 2015. Hacia una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Ontario Canadá. 2005.
2. **XXXVII. REMSAA.** Santa Cruz de la Sierra – Bolivia. 2007.
3. **Aguirre Badani Álvaro, Pérez Ramírez, José Luís, Villegas Quiroga Carlos.** NPE: Recesión Económica. CEDLA 1990. La Paz –Bolivia
4. **Plan de Desarrollo Económico –Social.** Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para “Vivir Bien” La Paz – Bolivia 2006.
5. **Rovere, Mario.** La Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. 2da. Edición OPS/OMS. Washington. 2006.
6. **Ministerio de Salud y Deportes.** Plan Estratégico de Salud. 2006 -2010- La Paz - Bolivia
7. **OPS/OMS.** Desafíos de la Gestión de Recursos Humanos en Salud - 2005 -2015-Washington. 2006
8. **Tapia Luis.** La Invención del Núcleo Común: Ciudadanía y Gobierno Multi Societal. Ed. Muela del Diablo. La Paz – Bolivia. 2005.
9. **Estrada Saavedra, Marco.** Participación Política: Actores colectivos. Ed. Plaza y Valdez 1995
10. **Perales Arretxe. Iosu.** Poder Local y Democracia Participativa en América Latina. Fotocopia. 2006
11. **Gutiérrez, Raquel, García Álvaro, Prada, Raúl, Tapia Luís.** Democratazaciones Plebeyas. Ed. Muela del Diablo. La Paz – Bolivia. 2005
12. **Foucolt Michel.** La Micro Física del Poder. Ed. SXXI. México D.F. 5ta. Ed. 1997.
13. **RM. SAFCI. Ministerio de Salud y Deportes.** Plan de Estudios de la Residencia Médica en Salud Familiar, Comunitaria Intercultural. La Paz – Bolivia. 2007.



Impreso en Bolivia por  
Prisa Ltda.  
Claudio Sanjinés 1738  
Tel 2228500 - Fax 2227656  
E.Mail: prisa@megalink.com