

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA DE MÉDICOS
GENERALES Y ESPECIALISTAS DEL SUBSECTOR
PÚBLICO Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO
A NIVEL NACIONAL, PERIODO 2016**

POSTULANTE: Dr. Rocco Alan Walter Abruzzese Castellón

TUTOR: Dr. M.Sc. Carlos Tamayo Caballero

**Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister
Scientiarum en Salud Pública, mención Epidemiología**

**La Paz - Bolivia
2018**

DEDICATORIA

A mi esposa y mis hijos Sarella, Alessandro y Flavia, mi motivación para seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad.

A mi esposa por ser el pilar fundamental de la familia y parte importante en mi vida, por su paciencia y amor incondicional

A mi madre que, aunque no se encuentra con nosotros físicamente, siempre estará en mi corazón, eres una luz que me ilumina desde el cielo.

A mi padre y hermano, por ser parte importante en mi vida.

Un agradecimiento especial al Dr. Carlos Tamayo, gracias por su apoyo y paciencia.

INDICE

RESUMEN

I.	INTRODUCCIÓN.....	14
II.	ANTECEDENTES	3
III.	JUSTIFICACION	4
IV.	MARCO REFERENCIAL.....	6
	a) Datos demográficos	6
	b) Situación Actual del Sistema de Salud.....	8
	c) Caracterización de Establecimientos del Sistema de Salud.....	11
	d) Llamado a la acción de Toronto	13
	e) Metas Regionales de Recursos Humanos	22
	f) Cálculo de Estimaciones de Recursos Humanos en Salud.....	24
	g) Situación de los Recursos Humanos en Salud	25
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	28
VI.	PROBLEMA	32
	a) Planteamiento del Problema	32
	b) Pregunta de investigación	34
VII.	OBJETIVOS	34
	a) General	34
	b) Específicos.....	34
VIII.	METODOLOGIA.....	35
	a) Unidad de Estudio	35
	b) Bases de datos utilizadas para identificar las unidades de estudio.....	35
	c) Operacionalización de Variables	36
IX.	PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	37
	a) Elección de Paquete Estadístico	37
	b) Creación de Base de Datos	37
	c) Limpieza de Datos.....	37
	d) Análisis Descriptivo	38

X.	RESULTADOS	39
	a) Médicos Generales y Especialistas en el Subsector Público y la Seguridad Social a Corto Plazo	39
	b) Médicos Generales y Especialistas del Subsector Público y la Seguridad Social a Corto Plazo según Sexo.	45
	c) Médicos Generales y Especialistas del Subsector Público y la Seguridad Social a Corto Plazo por Fuente de Financiamiento	50
	d) Médicos Generales y Especialistas del Subsector Público según Ámbito	51
	e) Médicos Generales y Especialistas del Subsector Público según Carga Horaria	52
	f) Médicos Generales y Especialistas del Subsector Público según Tipo de Asignación de Cargo.....	52
	g) Médicos Generales y Especialistas, Subsector Público por Nivel de Atención y Perfil Epidemiológico.....	54
	h) Densidad de médicos generales y especialistas del subsector público en relación a crecimiento profesional	56
XI.	ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	57
XII.	DISCUSIÓN	58
XIII.	IMPLEMENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	63
XIV.	AUDIENCIAS ESPERADAS EN EL RESULTADO	63
XV.	CONCLUSIONES.....	64
XVI.	RECOMENDACIONES	68
XVII.	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	70

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Crecimiento de la Población Censada y Tasas de Crecimiento, Bolivia 2017.....	6
Tabla 2. Número de Establecimientos de Salud por Nivel y Subsector, 2017 ..	10
Tabla 3. Distribución de Recursos Humanos por Categoría de Cargo y Departamento, 2015.....	25
Tabla 4. Recursos Humanos por Fuente de Financiamiento	26
Tabla 5. Operacionalización de Variables.....	36
Tabla 6. Análisis Descriptivo del Estudio	38
Tabla 7. Bolivia: Distribución de Médicos Generales y Especialistas, Subsector Público y Seguridad Social a Corto Plazo, 2016	39
Tabla 8. Bolivia: Porcentaje de Médicos Especialistas - Médicos Generales en Salud por Subsectores, 2016	41
Tabla 9. Bolivia: Distribución de Médicos Generales y Especialistas, Subsector Público, 2016.....	42
Tabla 10. Bolivia: Distribución de Médicos Generales y Especialistas, Seguridad Social a Corto Plazo, 2016	44
Tabla 11. Bolivia: Distribución de Médicos Generales y Especialistas por Fuente de Financiamiento, Subsector Público y Seguridad Social según Departamentos, 2016	50
Tabla 12. Bolivia: Distribución de Médicos Generales y Especialistas por Fuente de Financiamiento, Subsectores Público según Departamentos, 2016.....	50
Tabla 13. Tabla Contingencia - Tipo de Asignación de Cargo según Sexo, 2016	53
Tabla 14. Bolivia: Distribución de Médicos Generales y Especialistas por Nivel de Atención, 2016.....	54

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tasa Global de Fecundidad (x1000 MEF.) 2012 - 2020	7
Figura 2. Bolivia: Pirámide Poblacional Quinquenal según Sexo. Censo 2012 ..	8
Figura 3. Subsectores del Sistema Nacional de Salud	8
Figura 4. Cobertura formal de los Servicios de Salud Públicos y de la Seguridad Social, 2015.....	9
Figura 5. Porcentaje de Establecimientos de Salud por Nivel de Atención, 2017	10
Figura 6. Porcentaje de Establecimientos de Salud por Subsector, 2017.....	11
Figura 7. Asignación de Ítems Acumulado Bolivia, 2011 - 2015	26
Figura 8. Recurso Humano en Salud Subsectores Público y Seguridad Social a Corto Plazo 2016.....	39
Figura 9. Médicos Generales y Especialistas por Departamento 2016.....	40
Figura 10. Médicos Generales y Especialistas Subsector Público y Seguridad Social 2016.....	41
Figura 11. Médicos Generales y Especialistas Subsector Público 2016.....	42
Figura 12. Médicos Mi Salud – SAFCI – BONO J.A. 2016.....	43
Figura 13. Médicos Generales y Especialistas Subsector Seguridad Social a Corto Plazo 2016.....	44
Figura 14. Porcentaje de Médicos Generales y Especialistas según Sexo 2016	45
Figura 15. Distribución de Médicos Generales y Especialistas según Sexo, Subsector Público 2016.....	46
Figura 16. Distribución de Médicos Generales según Sexo, Subsector Público 2016.....	46
Figura 17. Distribución de Médicos Especialistas según Sexo, Subsector Público 2016.....	47
Figura 18. Distribución de Médicos Generales y Especialistas según Sexo, Subsector Seguridad Social a Corto Plazo 2016.....	47

Figura 19. Distribución de Médicos Generales según Sexo, Seguridad Social a Corto Plazo 2016.....	48
Figura 20. Distribución de Médicos Especialistas según Sexo, Seguridad Social a Corto Plazo 2016.....	48
Figura 21. Porcentaje de Especialistas del Subsector Público y Seguridad Social a Corto Plazo según Sexo 2016.....	49
Figura 22. Médicos Generales y Especialistas por Ámbito 2016	51
Figura 23. Médicos Generales y Especialistas según Carga Horaria	52
Figura 24. Médicos Generales y Especialistas por Tipo de Asignación de Cargo 2016.....	52
Figura 25. Morbilidad Ambulatoria – Primeros Niveles de Atención 2016.....	55
Figura 26. Morbilidad Ambulatoria Hospitalaria – Terceros Niveles de Atención 2016.....	56
Figura 27. Densidad de Médicos Generales y Especialistas Subsector Público 2016.....	57

RESUMEN

El país carece de información precisa sobre el número de médicos generales y especialistas, dada la inexistencia de un registro y la deficiencia de procesos de certificación y recertificación que permita precisar o cuantificar este recurso humano ejerciendo su especialidad, o subespecialidad, situación que también refleja las limitaciones para realizar una caracterización cuantitativa y cualitativa de RRHH (Patrones de concentración horaria, tendencias globales de rendimiento, indicadores clásicos de RRHH, patrones de movilidad, patrones de rotación, entre otros.) así como preparar acciones futuras frente a los grandes desafíos futuros del país relacionados con la próxima puesta en marcha de los 49 nuevos hospitales y el recurso humano necesario para su funcionamiento (número, distribución y otros aspectos necesarios a considerar).

El presente estudio tiene como objetivo establecer las características de la oferta de médicos generales y especialistas del subsector público y seguridad social a corto plazo a nivel nacional durante el periodo 2016.

Se trata de un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, para lo cual se ha tomado en cuenta a la totalidad de médicos generales y especialistas con registro reconocido de las bases de datos de recursos humanos disponibles de los tres niveles de atención en el país, correspondientes al subsector público y seguridad social a corto plazo durante la gestión 2016.

Los resultados del mismo reflejan que el número de médicos generales y especialistas representa el mayor de todo el recurso humano establecido en el subsector público y seguridad a corto plazo en el país durante el periodo 2016 con un 26,35%, por encima del personal administrativo y el resto del personal de salud; En el subsector público el número de médicos generales y especialistas representa el 76%, mientras que en la seguridad social a corto

plazo el 24%. De la totalidad de profesionales del subsector público el 25,63% corresponde a profesionales de administración directa del Ministerio de Salud a través de programas verticales desde el nivel central al nivel local (MiSalud, SAFCI, Bono Juana Azurduy), de estos 21,65% corresponden a médicos generales, mientras que el 3,98% a médicos especialistas.

La proporción de médicos generales y especialistas del subsector público y seguridad social refleja un predominio del sexo masculino con el 56% en relación al femenino con el 40%, un 4% de los registros se encuentran sin dato; La distribución de especialistas según sexo expresan la superioridad del sexo masculino respecto al femenino, llama la atención la especialidad de pediatría, la misma muestra una distribución inversa, predominando el sexo femenino con el 51,31%, respecto al 47,86% del masculino, reflejando la masculinización profesionalizada de este recurso humano.

La distribución de médicos generales y especialistas del subsector público y seguridad social a corto plazo reflejan que los recursos TGN – HIPIC transferidos desde el ministerio de salud a los servicios departamentales de salud constituyen la principal fuente de financiamiento con el 34,73%; La proporción de médicos generales y especialistas en el área urbana representa el doble del establecido en el área rural; El 91% de médicos generales y especialistas cumple una carga horaria de tiempo completo y 9% medio tiempo; El 80% de médicos generales y especialistas cuenta con la asignación de cargo bajo la modalidad de ítem y el 20% contrato, la modalidad de ítem es mayor en el sexo masculino con el 60,3% frente al femenino con un 39,7%, mientras que la modalidad de contrato refleja un 48,9% en el sexo masculino y un 51,1% en el femenino.

La distribución de médicos generales y especialistas del subsector público, revela que la proporción de los profesionales en el primer nivel de atención es del 62%, en el segundo nivel el 20% y en el tercer nivel el 16%; la morbilidad hospitalaria ambulatoria, tanto en segundos como en terceros niveles, expresa en el componente asistencial una carga importante de enfermedades de resolución simple como las infecciones agudas respiratorias y las enfermedades infecciosas intestinales; La razón de médicos generales y especialistas es de 8,16 por cada 10.000 habitantes en el país.

De los resultados se deduce la necesidad de priorizar los procesos de dotación de recurso humano técnico (personal de salud) sobre el personal administrativo, evitando sobrepasar el 20% de este último; reducir la fragmentación del sistema promovido por parte de autoridades nacionales como departamentales propiciando una mejor y mayor articulación en las acciones integrales entre el recurso humano administrado por los gobiernos autónomos departamentales y ministerio de salud; promover la mayor equidad de género posible en la distribución por sexo de médicos generales y especialistas; optimizar la atención especializada mediante el fortalecimiento de la contención de enfermedades de complejidad simple en establecimientos de primer nivel de atención; Finalmente reducir las desigualdades en cuanto a la distribución de médicos generales y especialistas por ámbito y dotación en función a la densidad poblacional.

PALABRAS CLAVE: Características, Oferta de Médicos Generales y Especialistas, Base de Datos, Proporción, Distribución, Razón de Médicos X 10.000 hab.

SUMMARY

The country lacks precise information on the number of general practitioners and specialists, given the lack of a registry and the lack of certification and recertification processes that allow to specify or quantify this human resource by exercising their specialty, or subspecialty, as well as preparing future actions facing the great future challenges of the country related to the upcoming start-up of the 49 new hospitals and the human resources necessary for its operation (number, distribution and other necessary aspects to be considered).

The objective of this study is to establish the characteristics of the offer of general practitioners and specialists of the public subsector and short-term social security at the national level during the 2016 period.

This is an observational, retrospective, cross-sectional and descriptive study based on secondary information, for which we have taken into account all the general practitioners and specialists with a recognized record of the available human resource databases of the three levels of attention in the country, corresponding to the public subsector and short-term social security during the 2016 administration.

The results of the same reflect that the number of general practitioners and specialists represents the largest of all human resources established in the public subsector and short-term security in the country during the 2016 period with 26.35%, above the administrative staff and the rest of the health personnel; In the public subsector the number of general practitioners and specialists

represents 76%, while in the short-term social security 24%. Of all the professionals of the public subsector, 25.63% corresponds to professionals of direct administration of the Ministry of Health (MiSalud, SAFCI, Bono Juana Azurduy), 21.65% correspond to general practitioners, while 3.98% to specialist doctors.

The proportion of general practitioners and specialists in the public subsector and social security reflects a predominance of the male sex with 56% in relation to the female with 40%, 4% of the records are without data; The distribution of specialists according to sex expresses the superiority of the masculine sex with respect to the feminine one, calls the attention the specialty of pediatrics, the same one shows an inverse distribution, predominating the feminine sex with 51.31%, with respect to the 47.86% of the masculine one , reflecting the professionalized masculinization of this human resource.

The distribution of general practitioners and specialists from the public subsector and social security in the short term reflect that the TGN - HIPIC resources transferred from the Ministry of Health to the departmental health services constitute the main source of financing with 34.73%; The proportion of general practitioners and specialists in the urban area represents double that established in the rural area; 91% of general practitioners and specialists complete a full-time workload and 9% half time; 80% of general practitioners and specialists have charge assignment under the item modality and 20% contract, the item modality is higher in the male sex with 60.3% compared to the female with 39.7% , whereas the modality of contract reflects 48.9% in the masculine sex and 51.1% in the feminine one.

The distribution of general practitioners and specialists from the public subsector reveals that the proportion of professionals in the first level of care is 62%, in the second level 20% and in the third level 16%; Ambulatory hospital morbidity, both

in seconds and in third levels, expresses in the care component an important burden of simple resolution diseases such as acute respiratory infections and intestinal infectious diseases; The ratio of general practitioners and specialists is 8.16 per 10,000 inhabitants in the country.

From the results it is deduced the need to prioritize the processes of endowment of technical human resource (health personnel) on the administrative personnel, avoiding exceeding 20% of the latter; reduce the fragmentation of the system promoted by national and departmental authorities, promoting a better and greater articulation in the integral actions between the human resource administered by the autonomous departmental governments and the Ministry of Health; promote the greatest possible gender equity in the distribution by sex of general practitioners and specialists; optimize specialized care by strengthening the containment of diseases of simple complexity in first level care facilities; Finally, reduce the inequalities in terms of the distribution of general practitioners and specialists by scope and allocation according to population density.

KEY WORDS: Characteristics, Offer of General Practitioners and Specialists, Database, Proportion, Distribution, Reason of Physicians X 10,000 hab.

I. INTRODUCCIÓN

El estudio tiene por objeto describir las características de la oferta de médicos generales y especialistas del subsector público y seguridad social a corto plazo en el país durante la gestión 2016.

A raíz del nuevo esquema de planificación integral Ley N° 777 del Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE) expresada en el Plan de Desarrollo Económico y Social (PDES 2016 - 2020) y el Plan Sectorial de Desarrollo Integral (PSDI 2016 – 2020), está prevista la construcción o ampliación de cuarenta y siete (47) hospitales en el país, siendo este número incrementado a cuarenta y nueve (49) hospitales en último tiempo, llamando profundamente la atención la falta de información sobre el comportamiento del mercado laboral de los profesionales (médicos generales y médicos especialistas) que garanticen su funcionamiento y capacidad resolutive.

La metodología del estudio incluye las siguientes fases: relevamiento de los datos e información disponible de las fuentes de información identificadas, análisis de consistencia y validez los datos, procesamiento de la información, análisis descriptivo de los resultados, presentación de los resultados.

Los recursos humanos se constituyen en el principal recurso del sistema de salud, de su formación, adecuado reclutamiento, selección y dotación a los establecimientos de salud (1), sin dejar de lado las condiciones físicas y equipamiento disponible, traducirá sus acciones y desempeño para la resolución de los principales problemas de salud.

¹ Establecimiento de Salud.- unidad operativa básica de la red funcional de servicios de salud, responsable de otorgar atención integral intercultural en cuanto a promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y recuperación de la salud.

Para el estudio se ha tomado en cuenta a la totalidad de médicos generales y especialistas del subsector público y seguridad social a corto plazo del país, registrados en distintas bases de datos disponibles (registro único de establecimientos de salud – RUES, base de datos de recursos humanos – Ministerio de Salud).

El alcance abarca los tres niveles de atención establecidos en las normas de caracterización emitidas por el Ministerio de Salud: el primer, segundo y tercer nivel de atención (este último todavía no emitido en proceso de aprobación).

II. ANTECEDENTES

La Constitución Política del Estado en su artículo 35, refiere que el Estado en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

En su artículo 37 también menciona que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, constituyéndose en una función suprema y primera responsabilidad financiera, por lo cual deberá priorizarse la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.ⁱ

En los últimos años se han realizado esfuerzos significativos para cambiar el modelo de salud boliviano, incorporando un enfoque de carácter universal, intercultural y comunitario con un fuerte énfasis hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; sin embargo, todavía quedan desafíos para consolidar un servicio de salud de alta calidad para toda la población boliviana.

Uno de los aspectos de mayor debilidad para el sistema de salud del país se constituye el poder contar con trabajadores en número suficiente, adecuadamente distribuidos y reconocidos, que beneficien la salud de la población. En este contexto algunos de los estudios desarrollados que ayudan a comprender esta dinámica son descritos a continuación:

En el año 2002 el Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo, en coordinación con el Ministerio de Salud y Previsión Social y la Organización Mundial de la Salud publican el *“Estudio de Mercado de la Fuerza Laboral del Sector Salud”*, que analiza aspectos de disponibilidad de RR HH, formación de RR HH, situación actual de los RR HH en el sector salud, sistema de regulación laboral y profesional en el sector salud y organizaciones de profesionales en Salud. La Resolución CD45.R9 del Consejo, Directivo de la Organización

Panamericana de la Salud (2004), insta a los Países Miembros a que: Aborden los problemas persistentes y emergentes en relación con la disponibilidad, la composición, la distribución y el desempeño de los recursos humanos de salud, que constituyen obstáculos importantes a la meta de acceso universal a servicios de salud de buena calidad y al logro de la equidad en materia de salud.ⁱⁱ

En julio de 2006 la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) publica el documento *“Reflexiones sobre el Recurso Humano del Sector Salud en Bolivia”* elaborado por Adhemar D. Esquivel Velásquez, en la primera parte del documento se presenta la situación del recurso humano en el subsector público de salud en base a la información disponible. En la segunda parte se presentan algunos lineamientos de política de recursos humanos que fueron resultado de los espacios de dialogo entre los actores del sector salud promovidos por el Ministerio de Salud y Deportes.

En marzo de 2013 se presentó el *“Análisis sobre el número de especialidades y subespecialidades médicas en los hospitales docente-asistenciales de segundo y tercer nivel de atención del subsector público y del subsector de la seguridad social en Bolivia”* elaborado por la Lic. Emira Imaña que tenía por objetivo analizar la situación de formación de especialidades y subespecialidades médicas en los hospitales docente-asistenciales de segundo y tercer nivel de atención del subsector público y del subsector de la seguridad social en La Paz, Potosí y Oruro.ⁱⁱⁱ

III. JUSTIFICACION

El país carece de información precisa sobre el número de médicos generales y especialistas, dada la inexistencia de un registro y la carencia de procesos de certificación y recertificación que permita precisar o cuantificar este recurso humano ejerciendo su especialidad, o subespecialidad; situación que el

Ministerio de Salud busca mitigar con la implementación de un sistema de información, el *Registro Único de Recursos Humanos en Salud (RURHS)* mismo que será progresivo y sólo producirá resultados en el mediano y largo plazo; por lo tanto, es necesario adelantar acciones inmediatas que soporten la toma de decisiones frente al número, distribución, y las determinantes que definen la incorporación, retención, abandono o salida del mercado laboral.

Sumado a lo anterior, se debe considerar la demanda de médicos especialistas para la puesta en marcha de 49 nuevos hospitales (Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020 en el marco del Desarrollo Integral para Vivir Bien) tomando en cuenta que existen diferencias importantes entre las regiones donde se construirán estos nuevos establecimientos de salud, esto requiere un análisis detallado como insumo para la toma de decisiones pertinentes a la demanda y condiciones laborales locales y nacionales del médico especialista.

Limitante dentro del estudio de caracterización es la información sobre la interacción entre oferta educativa y demanda laboral desde los servicios. La oferta formativa en el área médica evidencia un aumento de facultades de medicina, públicas y sobre todo privadas con gran cantidad de plazas, aumentó que contrasta el aparente reducido mercado laboral.

Por lo mencionado anteriormente se requiere tener información válida y confiable para hacer evidentes los desequilibrios de mercado laboral de médicos generales y especialistas en el país coadyuvando a mejorar las políticas y planificación de los recursos humanos en salud evitando la existencia de capacidades instaladas y tecnologías ociosas.

IV. MARCO REFERENCIAL

a) Datos demográficos

Las estimación de la población de Bolivia para el año 2016 es de 10.985.059 habitantes; más del doble del número de habitantes comparado con el año 1976 y se estima que en el 2020 alcanzará cerca de 2 millones de personas más.

Los resultados del último censo realizado en 2012 muestran una disminución sostenida de la tasa anual de crecimiento inter censal, pasando de 2,7 por ciento de crecimiento en la década de los noventa a 1,7 por ciento entre los años 2001 y 2012.

De acuerdo a las proyecciones de población, esta tendencia a la baja del crecimiento poblacional se acentuará aún más a partir del año 2030 con tasas anuales estimadas cercanas al 1,0 por ciento.

Tabla 1. Crecimiento de la Población Censada y Tasas de Crecimiento, Bolivia 2017

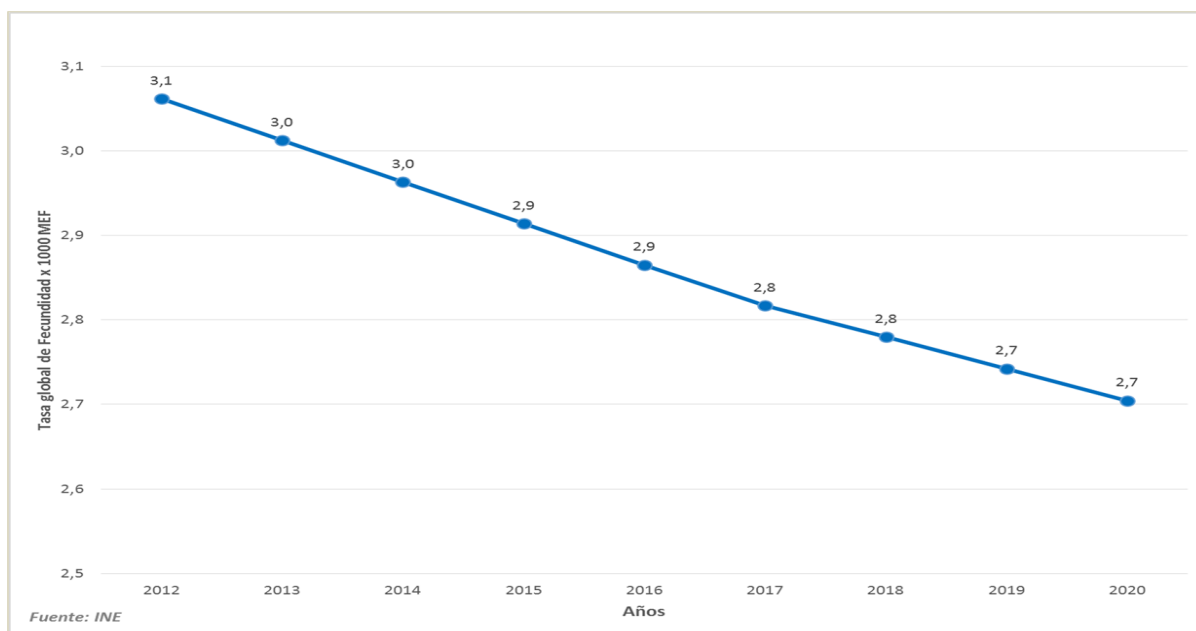
AÑO CENSAL	POBLACIÓN CENSADA	PERIODO	TASA DE CRECIMIENTO INTERESAL
1976	4.613.419		
1992	6.420.792	1976-1992	2.11
2001	8.274.325	1992-2001	2.74
2012	10.059.856	2001-2012	1.74
2020	11.633.371	2012-2020	1.46
2030	13.280.632	2020-2030	1.32
2040	14.933.729	2030-2040	1.17
2050	16.511.798	2040-2050	1.0

Fuente: INE, Censo Nacional de Población y Vivienda (1976, 1992, 2001 y 2012); Bolivia: Proyecciones de población 1950 – 2050. Nota: Las tasas de crecimiento intercensales corresponden al periodo 1976-2012, entre 2012-2050 las tasas de crecimiento son resultado de las proyecciones de población.

Hasta 1976, la pirámide de población mostraba una estructura triangular, típica de los países en desarrollo. En 1992 aparecen cambios en este perfil, acentuado en el censo de 2001. La estructura poblacional del 2012, evidencia

un descenso del peso de la población en edades más jóvenes. La población menor de 15 años que en 1976 representaba el 41,5% de la población, al 2012 llega a 31,4%. En este sentido, las estructuras correspondientes al censo 2001 y 2012 ya manifiestan una clara disminución en el porcentaje de población en edades menores, acorde con la disminución de la fecundidad. (2) (TGF) de 4,2 hijos por mujer en el año 2000 a 2,8 hijos por mujer en el 2018. (3).

Figura 1. Tasa Global de Fecundidad (x1000 MEF.) 2012 - 2020



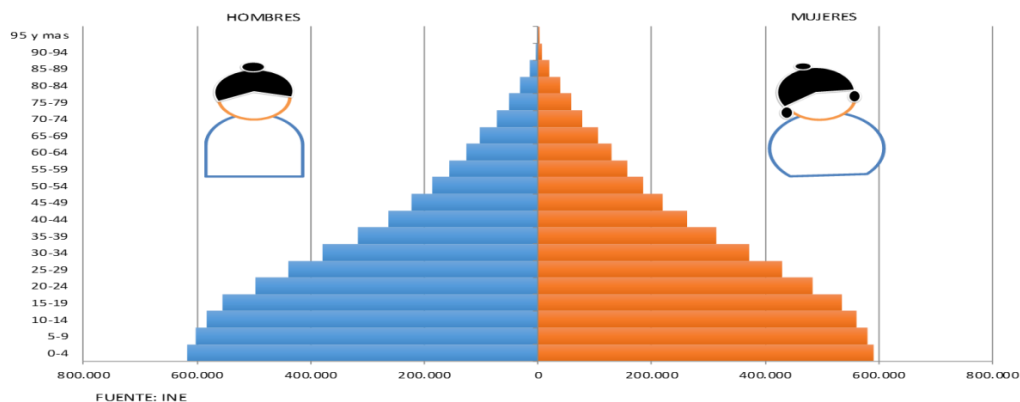
La base va contrayéndose en forma continua y la proporción de la población entre 15 y 59 años, grupo poblacional que concentra el grueso de la población económicamente activa (4), se va expandiendo cada vez más, a esto se suma el incremento continuo de la proporción de población del adulto mayor, que evidencia que Bolivia también forma parte de la amplia lista de países que comenzaron a experimentar un envejecimiento de su población.

² La Tasa Global de Fecundidad (TGF) es el número de hijos que en promedio tendría una mujer durante su vida fértil.

³ Proyecciones INE revisión 2014.

⁴ Cantidad de personas que se han integrado al mercado de trabajo, es decir, que tienen un empleo o que lo buscan actualmente.

Figura 2. Bolivia: Pirámide Poblacional Quinquenal según Sexo. Censo 2012



b) Situación Actual del Sistema de Salud

El Sistema Nacional de Salud del país se encuentra segmentado y fragmentado con una débil o ninguna articulación entre los tres subsectores público, seguridad social de corto plazo y el privado, A su vez se encuentra segmentado en sub componentes.

Figura 3. Subsectores del Sistema Nacional de Salud

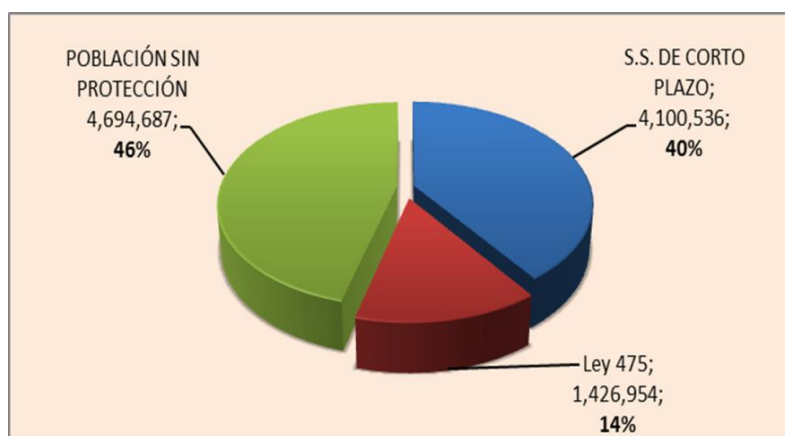


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Seguros de Salud, Diagnostico del Sistema de Salud, 2016

El subsector público constituido principalmente por los seguros públicos de salud, los servicios integrales de salud (SIS) respaldados por la Ley N°475, así como en el marco de la Ley N° 031 de Autonomías y Descentralización la creación de varios seguros públicos departamentales; El subsector de la seguridad social a corto plazo y los entes gestores de los cuales está constituido, finalmente el subsector privado con y sin fines de lucro, el cual incluye a las organizaciones no gubernamentales e iglesia, así como la medicina privada, tradicional y alternativa.

Está débil rectoría en su dimensión de modulación del financiamiento traduce una gestión todavía ineficaz e ineficiente, con planes y presupuesto no coordinados entre subsectores, accionar independiente y marco jurídico disperso y en algún caso contradictorio.^{iv}

Figura 4. Cobertura formal de los Servicios de Salud Públicos y de la Seguridad Social, 2015



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Seguros de Salud, 2015

La cobertura poblacional de los servicios de salud públicos cubiertos con los servicios de la Ley N° 475 con los brindados con la seguridad social a corto plazo alcanzan juntos el 54% en relación a la cobertura de población sin

protección, la cual abarca aún un importante porcentaje de población cuyo acceso a la gratuidad de los servicios de salud es todavía limitada.

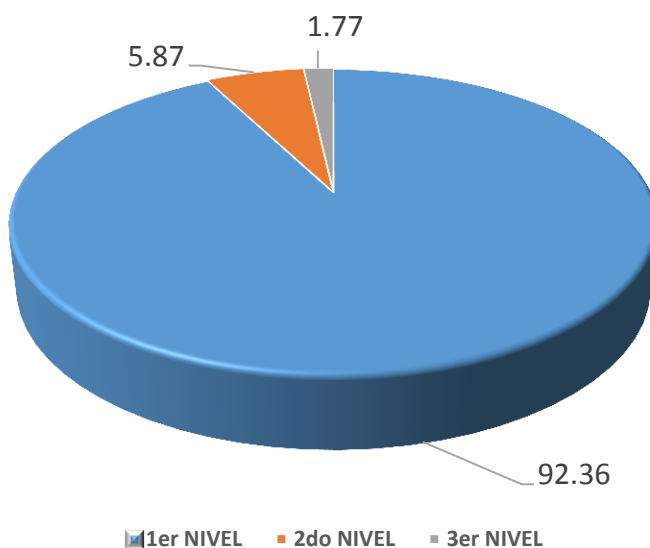
Tabla 2. Número de Establecimientos de Salud por Nivel y Subsector, 2017

Subsector	1er Nivel	2do Nivel	3er Nivel	Banco de Sangre	Total
FF.AA. de la Nación	6	1			7
Iglesia	62	13	4		79
Organismos no Gubernamentales	97	11	1		109
Organismos Privados	135	95	11	1	242
Policia Nacional	4	2			6
Público	3123	76	32	7	3238
Seguridad Social (CAJAS)	166	29	24	2	221
Total General	3593	227	72	10	3902

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS – VE)

El número de establecimientos de salud registrados refleja todos aquellos establecimientos que forman parte de la estructura de establecimientos de salud del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) y cuentan con código único de identificación.

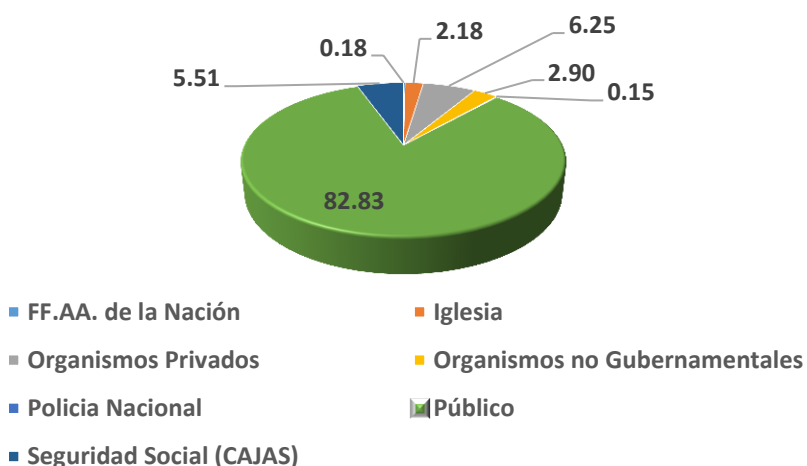
Figura 5. Porcentaje de Establecimientos de Salud por Nivel de Atención, 2017



Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS – VE)

De acuerdo al nivel de atención el 92,36% representa al primer nivel, el 5,87% al segundo nivel y el 1,77% al tercer nivel de atención.

Figura 6. Porcentaje de Establecimientos de Salud por Subsector, 2017



Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS – VE)

De acuerdo al subsector al que pertenecen, los establecimientos del subsector público predominan con el 83,16%, seguido de los privados con el 11,33% y la seguridad social con el 5,51%.

c) Caracterización de Establecimientos del Sistema de Salud

El sistema de salud boliviano establece la presencia de tres (3) niveles de atención claramente establecidos: primer, segundo y tercer nivel de atención.

El primer nivel de atención se traduce en la puerta de entrada al sistema de salud mediante las funciones de atención integral intercultural de salud, docencia asistencial e investigación, gestión participativa y control social de la salud.

El segundo nivel es la instancia de referencia de los establecimientos de primer nivel de atención en el ámbito de su red funcional de servicios de salud, su capacidad resolutive mayor ofrece servicios de medicina general, odontología y especialidades de medicina interna, ginecología y obstetricia, cirugía general, pediatría, anestesiología y otras especialidades de acuerdo al perfil epidemiológico local.

El tercer nivel es la instancia conformada por hospitales e institutos con mayor capacidad resolutive de la red funcional de servicios, ofrece servicios ambulatorios y de hospitalización en especialidades, subespecialidades, apoyo, diagnóstico y tratamiento, funciones de docencia asistencial e investigación.

Tanto el segundo como tercer nivel cuentan con unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento, recursos humanos, equipamiento, medicamentos, insumos, estructura física, medios de transporte y comunicación que le permite prestar servicios de manera ininterrumpida las 24 horas del día durante los 365 días del año, ejerce funciones de docencia asistencial e investigación. Se articulan entre estos y con el primer nivel, y la medicina tradicional, mediante el componente de referencia y contrareferencia.

Los recursos humanos tienen una relación determinante sobre la capacidad resolutive y el perfil de morbilidad (5) y/o mortalidad (6) presente en los

5 Morbilidad.- término de uso médico y científico que señala la cantidad de personas enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados.

6 Mortalidad.- término demográfico que designa un número proporcional de muertes en una población y tiempo determinado.

establecimientos de los tres niveles de salud, su proporción, distribución adecuada y rendimiento incidirá en la resolución de los problemas o la subutilización de sus servicios.^v

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve el desarrollo de los desafíos acordados a través del "Llamado a la acción de Toronto" expresados en la adecuación de la fuerza laboral a las necesidades, la generación de sistemas de movilidad y de información del personal, atención del proceso migratorio de los profesionales, cuidado de la salud de los trabajadores de la salud, así como el acercamiento de la relación entre formadores de personal sanitario y la cabeza del sector en el marco de los requerimientos de los sistemas nacionales de salud.^{vi}

En nuestro país, los recursos humanos en este ámbito como sustento de los sistemas sanitarios también han sido contemplados a partir de la "*Política Nacional de Recursos Humanos*", como estrategia nacional para el cumplimiento de los desafíos acordados para la década de los recursos humanos en la región (2006 – 2015), su líneas de acción están dirigidas principalmente a los ámbitos de la: Formación, Gestión, Investigación, incluyendo la constitución del observatorio y publicaciones.^{vii}

d) Llamado a la acción de Toronto

El Llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos en Salud (2006-2015) se constituye en una resolución que reunió las discusiones de los grupos de trabajo de la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, realizada en Toronto, Canadá, del 4 al 7 de octubre de 2005, promovida por la *Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*, en conjunto con el Ministerio de

Salud de Canadá y el Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario.

El Llamado a la Acción tuvo como finalidad movilizar a los actores nacionales e internacionales, del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud, que ayuden al logro de los denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las prioridades nacionales de salud y al acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el año 2015.

Los participantes de la reunión reconocieron la importancia de esta iniciativa y sugirieron que la misma sea abordada en diferentes ámbitos (nacional, subregional y regional) y que el Llamado a la Acción de Toronto sea un documento que promueva el esfuerzo conjunto para una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas (2006 a 2015). Esta Década supuso la necesidad de realizar esfuerzos de largo plazo, intencionales y concertados para promover, fortalecer y desarrollar la fuerza de trabajo en salud en todos los países de la Región de las Américas.

Contemplo los siguientes principios:

- *Los recursos humanos son la base del sistema de salud:* El desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. La contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la capacidad del sistema de salud de asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población.
- *Trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social:* El trabajo en salud es un servicio público y un bien social de gran importancia

para el desarrollo humano. Es necesario un equilibrio entre los derechos y responsabilidades sociales de los trabajadores de salud y los derechos sociales y responsabilidades de los ciudadanos que merecen la atención y el derecho a la salud.

- *Los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo:* El desarrollo de los recursos humanos en salud es un proceso social (no exclusivamente técnico), orientado a mejorar la situación de salud de la población y la equidad social, a través de *LLAMADO A LA ACCIÓN DE TORONTO - 2006-2015: Una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas* una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada. Este proceso social tiene como uno de sus protagonistas a los trabajadores de la salud.

Los participantes coincidieron en resaltar la importancia de los siguientes temas que deberán ser adecuadamente abordados en la formulación de las intervenciones y planes de recursos humanos:

- Fortalecimiento de los liderazgos en salud pública;
- Incremento de la inversión para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos;
- Coordinación, concertación e integración de acciones en los ámbitos nacionales, sub-regionales, y regionales;
- Asegurar la continuidad de políticas e intervenciones;
- Mejorar la disponibilidad y acceso de información útil para la toma de decisiones.

Para lograr que los acuerdos alcanzados en la reunión de los observatorios de recursos humanos se hagan realidad, es necesario que el Llamado a la Acción de Toronto tenga un impacto político y social resonante en los países.

Para conseguirlo se vio necesario desarrollar una plataforma amplia de acción, que permita la mayor participación de actores y la generación de consensos para la implementación de acciones a lo largo de la década; para construir y fortalecer asociaciones nacionales e internacionales para movilizar recursos para el desarrollo sostenible de los sistemas de salud y de sus recursos humanos; y para generar una manera de evaluar y monitorear el progreso y los logros de los planes nacionales en la región.

Estos planes y políticas deberían promover la equidad en salud y el acceso universal a la salud, apoyando el desarrollo integrado de sistemas de salud basados en la atención primaria y los equipos multidisciplinarios. Además de estas orientaciones estratégicas, las acciones de recursos humanos deberían promover entornos de trabajo saludables tanto para los pacientes como para los trabajadores.

Desafíos críticos para el desarrollo de recursos humanos en salud

Si bien los desafíos y problemas son múltiples, pueden agruparse en cinco áreas críticas:

1. Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
2. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.

3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
4. Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
5. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) 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.

Líneas de acción colectivas y colaborativas en la región de las Américas

Superar estos desafíos y problemas del desarrollo de los recursos humanos para la salud es posible a través de un esfuerzo permanente y planificado, apoyado en voluntad política e implementado a través de acciones específicas.

Para este fin se sugieren un conjunto de líneas de acción a nivel de los países, a nivel subregional y a nivel regional, debiéndose señalar que estas actividades deben ser objeto de la cooperación internacional hacia y entre los países. Estas acciones están dirigidas a lograr que al fin de año 2015, cada uno de los países haya avanzado significativamente en alcanzar sus objetivos en salud a través del desarrollo de sus recursos humanos.

En los países:

- Fortalecer la institucionalidad para el desarrollo de los recursos humanos en salud:

- Creación y/o fortalecimiento de las direcciones nacionales de recursos humanos;
- Fortalecimiento de los Observatorios de Recursos Humanos y su operación en red;
- Fortalecer las instancias estables y participativas de concertación y negociación;
- Defensa y promoción acerca de la importancia de los trabajadores de salud:
- Producción de información para desarrollo de argumentos políticos sobre la importancia de los recursos humanos en salud.
- Sensibilización y compromiso de los niveles políticos, utilizando en especial las actividades relacionadas con el Día Mundial de la Salud. Publicaciones y difusión de información, noticias y experiencias. Financiamiento para el desarrollo del personal de salud
- Abogar para que el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud se vea como una inversión social indispensable.
- Argumentación y negociación con los ministerios de Economía y Finanzas para la ampliación del espacio fiscal dedicado a servicios de salud.
- Alineamiento, armonización y coordinación de la cooperación internacional para incrementar el financiamiento, en base a prioridades nacionales.
- Mejorar la capacidad técnica para la gestión y formación de recursos humanos:
- Consolidación de la capacidad técnica de los equipos responsables de la política y gestión de recursos humanos, desarrollando un lenguaje común y una visión integral del desarrollo de liderazgo.
- Acercar a los servicios de salud y las universidades y escuelas de Salud Pública para trabajar conjuntamente en la planificación de recursos humanos y desarrollar programas de gestión de recursos humanos como componentes de los curriculums de salud pública y gerencia.
- Desarrollar la capacidad de enfrentar los paradigmas emergentes, especialmente los relacionados con la necesidad de educación

interprofesional y los nuevos enfoques de capacidades en los equipos de atención primaria en salud.

- Ampliación de la base de información y evidencias en Recursos Humanos:
- Generación / Fortalecimiento de sistemas de información que permita monitorear la formación, existencia y movilidad de la fuerza de trabajo en salud a través de la expansión de los Observatorios y estrategias similares.
- Desarrollo de las capacidades de manejo de datos de forma tal que la información recogida pueda ser utilizada efectivamente para guiar decisiones para planes y políticas de recursos humanos.
- Estudio e identificación de indicadores de recursos humanos en salud para comprender mejor los impactos de recursos humanos en la salud y los servicios.
- Promoción de políticas de investigación de los aspectos del personal de salud, que permitan basar decisiones políticas a partir de evidencias.
- Difusión del conocimiento en relación a características y condiciones de los trabajadores de salud, con el fin de que este conocimiento sea utilizado por quienes toman decisiones.

EN LOS ÁMBITOS SUB-REGIONALES:

- Acuerdos / abogacía en las instancias político técnicas de integración (Reunión Sector Salud de Centroamérica y Dominicana - RESSCAD, Comunidad de Naciones del Caribe - CARICOM, Mercado Común del Cono Sur-MERCOSUR, Comunidad Andina de Naciones-CAN).
- Intercambio de experiencias e información en el ámbito sub-regional con énfasis en buenas prácticas, generación de redes de intercambio y cooperación horizontal.
- Desarrollo de procesos de formación-capacitación en los ámbitos sub-regionales para desarrollo de liderazgo.

- Articulación de escuelas de salud pública en el ámbito sub-regional para el fortalecimiento de la práctica de la salud pública (investigación / capacitación).
- Identificación de temas emergentes de recursos humanos para la elaboración y negociación de proyectos de abordaje conjunto con diferentes modalidades de financiamiento.

EN LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL:

- Los proyectos de fortalecimiento de los sistemas de salud deben tener estrategias de recursos humanos como parte central de sus propuestas de transformación.
- Es necesario mantener el entusiasmo de la comunidad internacional con el tema de los recursos humanos, para que puedan implementarse procesos de largo plazo para evitar ciclos de interés cortos o fluctuantes.
- Las principales estrategias para el plan de acción serán: abogacía, liderazgo, cooperación técnica, producción de evidencias, alianzas.
- Como demostración de la necesidad de una intervención de largo plazo, la cooperación internacional debe respaldar a la idea de una Década de Recursos Humanos en salud, de acuerdo al informe de la "Joint Learning Initiative" de la Fundación Rockefeller y a las discusiones de la Organización Mundial de la Salud, apoyando la construcción de una "Red de Acción y aprendizaje" para la Región.
- Es conveniente una iniciativa para el hemisferio americano, con una plataforma amplia, incluyente, pero con enfoque centrado en los países y con compromisos específicos.
- Se debe ampliar el concepto de "recursos humanos en salud" a una visión de las capacidades humanas para incluir otros paradigmas de atención (modelos no occidentales) y el rol de la mujer.

- Existe un problema de funcionamiento fragmentado ("en silos") de las agencias, es necesaria la acción concertada. • Existe una preocupación con el uso e impacto del financiamiento que procede de los programas verticales y su repercusión en el desarrollo de los sistemas de salud y de los recursos humanos.
- Debe apoyarse a los Observatorios nacionales con el fin de mantener y mejorar el flujo de datos, información, conocimiento, argumentos de soporte de políticas y promoción de diálogos sociales. Además debe fortalecerse su funcionamiento en red.

El Llamado a la Acción debe promover las alianzas entre agencias y países para proyectos de interés común. Dado que los problemas de recursos humanos necesitan desarrollar capacidades nacionales, pero también modificar factores subregionales o globales, ya no son suficientes las respuestas limitadas a un país o a una agencia.

- La VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud fue una importante oportunidad para afirmar:
- Que este Llamado a la Acción será un marco de referencia útil para la formulación e implementación de los planes de recursos humanos (a nivel de país, subregional y regional) durante la próxima década en las Américas.
- Que los países deberán apuntar al desarrollo de estos planes e intervenciones de acuerdo a los principios y orientaciones estratégicas discutidas por los participantes durante las sesiones de trabajo de la reunión de Toronto.
- Que la activa cooperación entre todos los actores interesados en este tema es necesaria y que tanto los representantes de los países como los de las agencias participantes en la reunión expresaron el deseo de continuar realizando actividades conjuntas que promuevan, fortalezcan y desarrollen la fuerza de trabajo en salud;

- Que la adaptación de la fuerza de trabajo para que esté de acuerdo con las necesidades de salud de la población es una actividad compleja, porque debe considerar los cambios epidemiológicos y socio-demográficos de los países y exige inversiones permanentes además de una planificación que prevea acciones de mediano y largo plazo;
- Que es necesario mantener la comunicación entre los participantes de la Reunión y con los demás actores sociales, ya que esta comunicación es de vital importancia para la necesaria movilización en torno del objetivo común de construcción de políticas sostenibles de desarrollo de recursos humanos en la Región;
- Que las acciones inmediatas deberán orientarse a construir la agenda de la próxima década, pero también a las acciones de corto plazo, en especial a resaltar y difundir el Día Mundial de la Salud 2006, la Semana de la Salud de las Américas y la próxima Reunión de los Observatorios de Recursos Humanos en salud, a realizarse en Perú en noviembre de 2006.

e) Metas Regionales de Recursos Humanos

Entre las “Metas Regionales de los Recursos Humanos para la Salud 2007-2015”, considerados en los 5 desafíos para el desarrollo de los recursos humanos en salud de la región, plantea el siguiente indicador para seguimiento de las metas regionales.

Meta 1: todos los países de la región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes

Racionalidad de la meta

El sentido de esta meta es demostrar la relación entre la cantidad de la población de un país y el número de recursos humanos en salud, con el fin de identificar los posibles déficits o excedente de estos recursos. Proviene de estudios globales que muestran que por debajo de 25 profesionales por 10.000 habitantes muy pocos países consiguen alcanzar metas mínimas de salud relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Indicador propuesto

Razón de densidad de recursos humanos en salud por 10.000 hab.

$$= \frac{\text{Número de médicos + enfermeras + parteras en el año t} \times 10.000 \text{ habitantes}}{\text{Total de la población de un país en el año t}}$$

Definición del indicador

- Número de personal de la salud (médicos, enfermeras y parteras) que en un determinado año laboran a tiempo completo en establecimientos públicos o privados de salud, expresado en una tasa por cada 10.000 habitantes; la tasa demográfica expresa la frecuencia de casos (recursos humanos) por un determinado número de habitantes. Se calcula dividiendo el número de recursos humanos contados en determinado año por la población existente en ese mismo año.
- El número de personas utilizado como referente en una tasa es convencional y depende de las cifras obtenidas: puede variar entre 1 habitante (per cápita) y 100.000.

En este caso se lo definió por 10.000 como multiplicando, y el año “t” se refiere al año en el que se recogen los datos de los recursos humanos, el cual debe coincidir con el de la población en relación.^{viii}

f) Cálculo de Estimaciones de Recursos Humanos en Salud

Indicador propuesto

$$\text{Relación de Personal} \frac{\text{Asistencial}}{\text{Administrativo}} = \frac{\text{Total de Trabajadores Administrativos}}{\text{Total de Trabajadores Asistenciales}}$$

Definición del indicador

- La Relación de Personal Asistencial/Administrativo expresa el índice de relación entre el número de trabajadores administrativos en relación al número de trabajadores asistenciales; Se calcula dividiendo el total de trabajadores administrativos entre el total de trabajadores asistenciales en determinado periodo.
- Los cargos administrativos en general no deben exceder al 20 % del total del personal del establecimiento.^{ix}

g) Situación de los Recursos Humanos en Salud

Tabla 3. Distribución de Recursos Humanos por Categoría de Cargo y Departamento, 2015

Cargo	Chuquisaca	La Paz	Cochabamba	Oruro	Potosí	Tarja	Santa Cruz	Beni	Pando	Total Bolivia
Auxiliares en Enfermería	918	3,475	1,927	849	1,101	973	3,726	991	336	14,296
Médicos Generales	803	3,571	2,000	758	852	961	3,201	759	304	13,209
Personal Administrativo	666	3,586	1,118	434	605	651	2,332	702	209	10,303
Personal de Servicio	714	1,771	1,133	421	521	768	2,018	593	222	8,161
Licenciados en Enfermería	597	1,736	898	453	422	757	1,620	395	153	7,031
Médicos Especialistas	387	711	629	159	216	206	1,006	181	60	3,555
Otros Profesionales en Salud	313	829	411	146	168	334	937	312	60	3,510
Técnicos en Salud	204	800	311	138	136	216	543	186	65	2,599
Odontólogos	210	512	294	177	163	296	461	143	54	2,310
Otros Auxiliares en Salud	29	154	57	23	23	14	227	58	20	605
Médicos Tradicionales	8	2	1	0	1	0	1	0	1	14
Total general	4,849	17,147	8,779	3,558	4,208	5,176	16,072	4,320	1,484	65,593

Fuente: Anuario Estadístico Recursos Humanos en Salud 2015

La cantidad de médicos generales como especialistas según los datos descritos en el anuario estadístico de recursos humanos en salud 2015 representan el 25% de la totalidad del recurso humano de la gestión 2015, de estos los departamentos de La Paz y Santa Cruz son los que cuentan con mayor número

de médicos generales, asimismo Santa Cruz y La Paz en este orden los que mayor número de médicos especialistas cuentan.

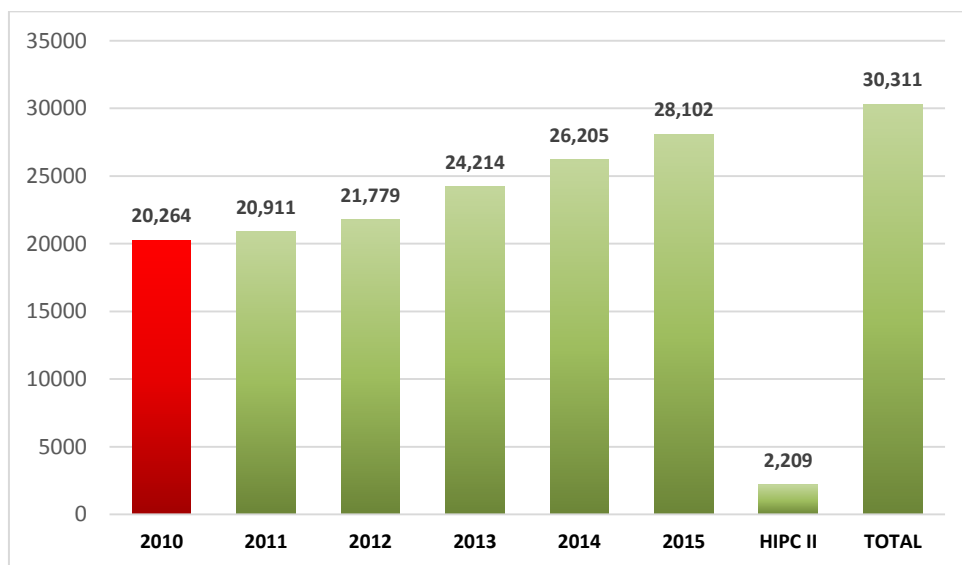
Tabla 4. Recursos Humanos por Fuente de Financiamiento

Fuentes de financiamiento	Chuquisaca	La Paz	Cochabamba	Oruro	Potosí	Tarija	Santa Cruz	Beni	Pando	Total Bolivia
Recursos TGN-HIPIC (Transferencia a los Servicios Departamentales de Salud)	2.187	5.702	3.511	1.484	2.022	1.960	5.294	1.652	685	24.497
Aporte patronal (Seguridad Social de Corto Plazo)	1.030	8.764	3.282	1.418	1.604	1.257	5.232	1.041	236	23.864
Recursos propios (Gobiernos Autónomos Municipales)	684	945	790	306	216	656	2.941	717	295	7.550
Recursos TGN (Programas Nacionales del MS)	287	1.060	833	262	335	239	951	210	149	4.326
Recursos propios (Gobiernos Autónomos Departamentales)	400	63	17	47	5	652	1.525	550	39	3.298
Recursos propios (Establecimientos de Salud)	261	613	346	41	26	412	129	150	80	2.058
Total general	4.849	17.147	8.779	3.558	4.208	5.176	16.072	4.320	1.484	65.593

Fuente: Anuario Estadístico Recursos Humanos en Salud 2015

Los recursos del TGN – HIPIC, así como el aporte patronal de la seguridad social a corto plazo representan los principales recursos que sustentan los recursos humanos del país.

Figura 7. Asignación de Ítems Acumulado Bolivia, 2011 - 2015



Fuente: Unidad de RRHH – Ministerio de Salud

El crecimiento vegetativo en el subsector público es de 2000 ítems por año, a partir del año 2012; asimismo, los Gobiernos Autónomos Departamentales contrataron recursos humanos para los seguros o programas de salud creados a nivel departamental, y en la seguridad social de corto plazo se aumentó considerablemente también el número de ítems debido a los nuevos hospitales de tercer nivel construidos.

La distribución de médicos según el nivel de atención concentra a la mayoría: 45% en el tercer nivel de atención, al 20% en el segundo nivel y al 35% en el primer nivel de atención.

La distribución de los recursos humanos médicos en el sector público antes del año 2014, muestra una concentración de 77% en el área urbana y 23% en el área rural.

La densidad de recursos humanos en salud en Bolivia es de 14,1 por 10.000 habitantes (incluyendo médicos y enfermeras); en el subsector público, se tiene apenas a 8,5 profesionales en salud y en el ámbito de la Seguridad Social de corto plazo el promedio es de 5,5. Al no contar con un sistema nacional de registro de recursos humanos implementado y funcionando, es difícil conocer la densidad de los recursos humanos de los demás subsectores de salud.

La implementación de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) mediante el programa Mi Salud ha incorporado médicos generales distribuidos a lugares con difícil acceso a servicios de salud, habiendo alcanzado un buen resultado ya que se realizaron las visitas domiciliarias, las salas de análisis de situación de salud y la gestión intersectorial y participativa en salud.

Este proceso se fortalece con la firma de convenios intergubernativos con gobiernos municipales, quienes dan la contraparte en contratación de recursos

humanos técnicos, equipamiento, medicamentos e insumos y otros medios logísticos. Actualmente el Programa Mi Salud se encuentra con presencia en más de 250 municipios y con más de 2.000 médicos, entre especialistas SAFCI y médicos generales.^x

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

Sánchez García muestra resultados de un estudio exploratorio mediante encuesta, 144 preguntas cerradas de las características del mercado laboral de los egresados de las diferentes carreras del Centro Universitario de Ciencias de la Salud; Medicina, Odontología, Psicología, Nutrición, Cultura Física y Deportes y Enfermería. La muestra estratificada y seleccionada aleatoriamente es de 696 profesionales, la mayor parte de las empresas donde trabajan estos profesionales son públicas y de origen nacional, la mayoría son empleados con contrato de base, las principales actividades que realizan son la promoción de la salud, el diagnóstico y la consulta especializada...

Se encontraron más porcentajes de adultos maduros y mayores en medicina (75.16%) y odontología (87.63%), los más jóvenes en nutrición (91.67%), cultura física (62.49) y psicología (51.66%), en enfermería hay una población muy heterogénea integrada por grupos de diferentes edades. Prevalece el sexo femenino en enfermería (95%), nutrición (92%) y psicología (65%); el sexo masculino en medicina (70%) y cultura física (81%), en odontología hay equilibrio entre ambas.

Respecto al estado civil existe mayor porcentaje de casados en medicina (72%) y odontología (70%), en el resto de las carreras no se observaron diferencias significativas entre casados y solteros. xi

Florez Acosta J. y otros analizan los cambios en las *condiciones laborales del recurso humano en salud a partir de la Ley 100 de 1993 en Colombia*. Presenta

un análisis de la evolución de las condiciones laborales de los profesionales de la salud con base en fuentes secundarias y presenta los resultados de una encuesta aplicada a una muestra de profesionales de Medellín.

Se encontró que, a partir de la aplicación de la Ley, las condiciones laborales se deterioraron, especialmente para aquellos que no poseen contratación directa con las entidades de salud; se ampliaron las brechas salariales; se dieron aumentos en la intensidad horaria y se detectó cierto grado de subempleo. xii

El estudio de la Fundación Galatea se enmarca dentro del “*Programa sobre Salud, Género y Ejercicio Profesional*” plantea medir la salud, los estilos de vida y las condiciones laborales de médicos y médicas teniendo en cuenta muy especialmente una perspectiva de género por la creciente feminización del colectivo.

La encuesta, autoadministrada en base a un cuestionario precodificado de 86 preguntas, ha sido realizada por correo con un seguimiento telefónico (hasta 7 llamadas por cuestionario) destinado a favorecer y estimular la respuesta. El trabajo de campo, envío y recepción de cuestionarios se han realizado entre diciembre de 2005 y abril de 2006.

La encuesta fue contestada por 762 personas, un 47,1% hombres y un 52,9% mujeres, y sigue la misma estructura de distribución de los médicos y médicas colegiados de este grupo de edad.

La mayoría de los médicos encuestados están en el grupo de 45 a 55 años, y en cambio en las médicas son mayoría las del grupo de 30 a 44 años ($p < 0,05$). Este hecho indica una clara feminización de la profesión en la última década. La edad media es de 46,2 años (D.E.=6,3) para los hombres y de 43,5 (D.E.=6,8) para las mujeres. Un 88,3% de las personas encuestadas tienen una

especialidad, sin diferencias entre hombres y mujeres, aunque existen diferencias según el tipo de especialidad.

Un 62,2% de los hombres afirma tener más de un trabajo remunerado, entre las mujeres dicha proporción es de sólo un 33,6%. Entre los hombres tener más de un trabajo se asocia con la edad: a medida que aumenta la edad aumenta la probabilidad de tener más de un trabajo. En cambio para las mujeres esta relación no es significativa. xiii

Gabriela Catterberg, Isabel Duré, Juan Martín Bustos, Martín Langsam y Mariano Salzman, elaboran el noveno número de la serie Aportes para el Desarrollo Humano del PNUD en Argentina, *“Género en el sector salud: profesionalización y brechas laborales”*, el documento analiza los desafíos para alcanzar una mayor igualdad en los recursos humanos en el sector salud en el país.

La publicación utiliza datos de la EPH del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), la REFEPS del Ministerio de Salud de la Nación y la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación. Los datos de la EPH están comprendidos entre 2003 y 2016.

Se realizaron 39 entrevistas en profundidad, a 20 médicas y 19 médicos de especialidades altamente feminizadas y masculinizadas, con distinta jerarquía ocupacional en hospitales públicos y privados (dirección de hospital, jefatura de área, médicos y médicas y residentes).

Las entrevistas fueron realizadas en el segundo semestre de 2015, en el área metropolitana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. De carácter confidencial, se grabaron con el consentimiento de las y los participantes, entre los resultados mostrados están:

La tendencia que se infiere es un crecimiento muy importante en la proporción de mujeres profesionales: en 1980 representaban cerca de 3 de cada 10 puestos, mientras que en 2016 la cantidad prácticamente se duplicó y alcanza al 59,3%; El porcentaje de mujeres de la salud con estudios terciarios o universitarios completos incrementó del 35,2% en el año 2003 al 55,7% en 2016; La feminización profesionalizada se vincula también con una tendencia hacia una inserción laboral más tardía en el sector salud, debido a que sus trabajadoras estudian en promedio un mayor número de años.

Como consecuencia, las mujeres de este sector presentan una estructura etaria más envejecida que el total de las mujeres en la población ocupada, si bien la mayor parte se concentra en el grupo de edad media, entre 35 a 49 años; La mitad de las mujeres del sector salud están casadas o unidas, la misma proporción que las mujeres de la población ocupada, se casan en menor proporción que los varones del sector más allá del sexo, las y los trabajadores del sector salud tienen menos hijas o hijos que en el conjunto de la población ocupada;

En 2016, el 65,1% del total de las mujeres del sector salud y el 56,5% del total de los varones se desempeñaban en establecimientos privados; A pesar del incremento de la participación laboral de las mujeres en ocupaciones profesionales en el sector salud, son las que mayoritariamente continúan como responsables principales de la organización del hogar y tareas de cuidado.

La cantidad de horas diarias invertidas por las trabajadoras del sector en el cuidado y organización de sus hogares es un 60% más que sus contrapartes varones; las mujeres son mayoría en el total de estudiantes de las carreras de Medicina. Este fenómeno que se expande, sin excepciones, en todas las universidades principales y se manifiesta en todas las instancias del ciclo

universitario; De 72 especialidades certificadas, en 30 hay predominancia de mujeres y en 40 de varones.^{xiv}

Ana M. García, muestra resultados del estudio del *“Mercado Laboral y Salud” en España, Informe SESPAS 2010*, el documento expone la situación del mercado laboral, lugar de interacción entre la oferta y la demanda de trabajo remunerado, determina las condiciones de empleo, influye sobre las condiciones de trabajo y tiene efectos positivos y negativos sobre la salud de la población activa y sus familias. A su vez, está influido por las políticas sociales y económicas tanto nacionales como internacionales.

Se ha demostrado que el desempleo, los contratos precarios y otras formas atípicas de empleo se relacionan con exposiciones y condiciones de vida y trabajo que generan problemas de salud mental y física en las personas. Algunos colectivos, como los trabajadores manuales, los jóvenes y los inmigrantes, resultan más vulnerables a las fluctuaciones del mercado laboral y presentan con mayor frecuencia condiciones de empleo y trabajo deficientes.

La situación actual en España es muy preocupante. En 2009, más de 1,2 millones de trabajadores perdieron su empleo. La tasa de desempleo se ha doblado en 5 años, pasando del 9% en 2005 al 18% en 2009. La proporción de trabajadores con contratos temporales es casi del 24%. Se necesitan urgentemente políticas económicas y de empleo que reviertan esta situación, cuyo impacto en la salud y el bienestar del conjunto de la población es incuestionable.^{xv}

VI. PROBLEMA

a) Planteamiento del Problema

El Plan de Desarrollo Económico y Social (PDES 2016 - 2020) así como el Plan Sectorial de Desarrollo Integral (PSDI 2016 – 2020), establecen la construcción o ampliación de cuarenta y siete (47) hospitales en el país, siendo este número incrementado a cuarenta y nueve (49) hospitales en último tiempo en respuesta a la necesidad de un servicio de salud de alta calidad para toda la población boliviana.

El país carece de información precisa sobre el número de médicos generales y especialistas, dada la inexistencia de un registro y la carencia de procesos de certificación y recertificación que permita precisar o cuantificar este recurso humano ejerciendo su especialidad, o subespecialidad, así como preparar acciones futuras frente a los grandes desafíos futuros del país relacionados con la próxima puesta en marcha de los 49 nuevos hospitales y el recurso humano necesario para su funcionamiento (número, distribución y otros aspectos necesarios a considerar).

El Sistema Nacional de Salud del país se encuentra fragmentado con una débil o ninguna articulación entre los subsectores. Esta débil rectoría traduce una gestión todavía ineficaz e ineficiente, con planes y presupuesto no coordinados entre subsectores, accionar independiente y marco jurídico disperso y en algún caso contradictorio.

Los recursos humanos en este contexto, tienen una relación determinante sobre la capacidad resolutive y el perfil de morbilidad y/o mortalidad presente en los establecimientos de los tres niveles de salud, su proporción, distribución adecuada y rendimiento incidirá en la resolución de los problemas o la subutilización de sus servicios.

Por lo mencionado anteriormente se requiere tener información válida y confiable para hacer evidentes los desequilibrios de mercado laboral de

médicos generales y especialistas en el país coadyuvando a mejorar las políticas y planificación de los recursos humanos en salud evitando la existencia de capacidades instaladas y tecnologías ociosas.

b) Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características de la oferta de médicos generales y especialistas del subsector público y seguridad social a corto plazo a nivel nacional durante el periodo 2016?

VII. OBJETIVOS

a) General

Establecer las características de la oferta de médicos generales y especialistas del subsector público y seguridad social a corto plazo a nivel nacional durante el periodo 2016.

b) Específicos

- Determinar la cantidad de médicos generales y especialistas según departamento, sexo, fuente de financiamiento, ámbito, carga horaria y relación laboral (contrato – ítem) a nivel nacional durante la gestión 2016.
- Describir la distribución de médicos generales y especialistas según nivel de atención y perfil epidemiológico a nivel nacional durante la gestión 2016.
- Establecer la densidad profesional de médicos generales y especialistas en relación al crecimiento poblacional en Bolivia durante la gestión 2016.

VIII. METODOLOGIA

Estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo en base a información secundaria.

a) Unidad de Estudio

Médicos generales y especialistas que disponen de un registro dentro de las bases de datos del Ministerio de Salud de los tres niveles de atención en el país, correspondientes al subsector público y seguridad social a corto plazo durante la gestión 2016.

b) Bases de datos utilizadas para identificar las unidades de estudio

Las fuentes de información para el estudio se constituyen la base de datos del Registro Único de Establecimientos de Salud – RUES; la base de datos de recursos humanos del Ministerio de Salud, consolidada del Registro Médico Profesional, Planillas de Pagos, Registros de Recursos Humanos de INASES/actual ASUS, además de otras bases de datos de recursos humanos de programas nacionales (Programa Bono Juana Azurduy, Mi Salud, ASSO), Así como Registros de Morbilidad generados de los sistemas SOAPS (Software de Atención Primaria en Salud) – SICE (Sistema de Información Clínico Estadístico) a través de la generación de reportes del Sistema de Consolidación Web del Ministerio de Salud/SNIS-VE.

Para el estudio se ha tomado en cuenta a la totalidad de médicos generales y especialistas con registro reconocido de las bases de datos de recursos

humanos disponibles (constituyendo estas las más actualizadas en el momento de realización del estudio) de los tres niveles de atención en el país, correspondientes al subsector público y seguridad social a corto plazo durante la gestión 2016.

c) Operacionalización de Variables

Tabla 5. Operacionalización de Variables

Nombre de la Variable	Definición conceptual	Definición Operativa	Tipo	Nivel de medición
Profesión	Actividad personal mediante formación universitaria	Título de formación académica alcanzado	Cualitativa o categórica nominal dicotómica	Nominal 1. Médico general 2. Médico especialista
Cargo	Clasificación del puesto que ocupa una persona en un empleo.	Asignación de cargo de acuerdo a memorándum institucional.	Cualitativa o categórica nominal dicotómica	Nominal 1. Médico general 2. Médico especialista
Sexo	Condición física que distingue a hombres y mujeres.	Condición física que determina el género de las personas.	Cualitativa o categórica nominal dicotómica	Nominal 1. Masculino 2. Femenino
Ámbito	Concepto poblacional relacionado con el número de habitantes y condiciones de desarrollo	Urbana considerada las poblaciones de capitales de departamento; Rural el resto incluye ciudades intermedias.	Cualitativa o categórica nominal dicotómica	Nominal 1. Rural 2. Urbano
Asignación de Cargo	Relación formal con el empleo en función a remuneración salarial	Modalidad de remuneración salarial.	Cualitativa o categórica nominal dicotómica	Nominal 1. Ítem 2. Contrato
Carga Horaria	Tiempo asignado para desempeño del empleo	Asignación de tiempo de trabajo según memorándum	Cualitativa o categórica ordinal politómica	Ordinal 1. Tiempo completo 2. Medio Tiempo 3. Otros
Fuente de Financiamiento	Origen de los recursos económicos	Origen de los recursos que garantizan el	Cualitativa o categórica nominal	Nominal 1. TGN 2. HIPIC

	para cubrir remuneración salarial.	desempeño laboral.	politécnica	3. Gobernación 4. Municipio 5. ONG 6. Iglesia 7. Fondos Propios
Nivel de Atención	Clasificación de establecimientos según complejidad y capacidad de resolución de enfermedad.	Niveles de atención según normas de caracterización de EE.SS.	Cualitativa o categórica (ordinal)	Ordinal 1. Primer Nivel 2. Segundo Nivel 3. Tercer Nivel
Morbilidad	Relación de enfermedades presentes en un lugar y tiempo determinados.	Descripción de enfermedades y cantidad de personas que se enferman en lugar y tiempo determinado	Cualitativa o categórica nominal politécnica	Nominal Determinado por la CIE – 10.

IX. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

a) Elección de Paquete Estadístico

El análisis estadístico implicó la utilización de bases de datos exportadas desde el formato Excel. El paquete estadístico elegido para el análisis estadístico del estudio fue SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) en su versión 18.0.

b) Creación de Base de Datos

La base de datos se compone de los reportes proporcionados por cada una de las fuentes de información señaladas y las bases de datos de recursos humanos disponibles para la gestión 2016, la misma incluye las variables descritas en la operacionalización de variables.

c) Limpieza de Datos

La limpieza de datos conllevó la exploración de datos perdidos, datos atípicos u inconsistencias identificadas, no sobrepasando estas del 5% para la asignación de valores faltantes, para aquello se aplicó la recodificación en base a cálculo y re categorización de variables.

d) Análisis Descriptivo

Tabla 6. Análisis Descriptivo del Estudio

Variable de Aplicación	Test de Aplicación	Tipo
<ul style="list-style-type: none"> • Departamento • Profesión • Cargo • Sexo • Ámbito • Asignación de Cargo • Carga Horaria • Fuente de Financiamiento • Nivel de Atención • Morbilidad 	Tabla de Frecuencias, porcentajes.	Cualitativa o categórica nominal y ordinal

X. RESULTADOS

a) Médicos Generales y Especialistas en el Subsector Público y la Seguridad Social a Corto Plazo

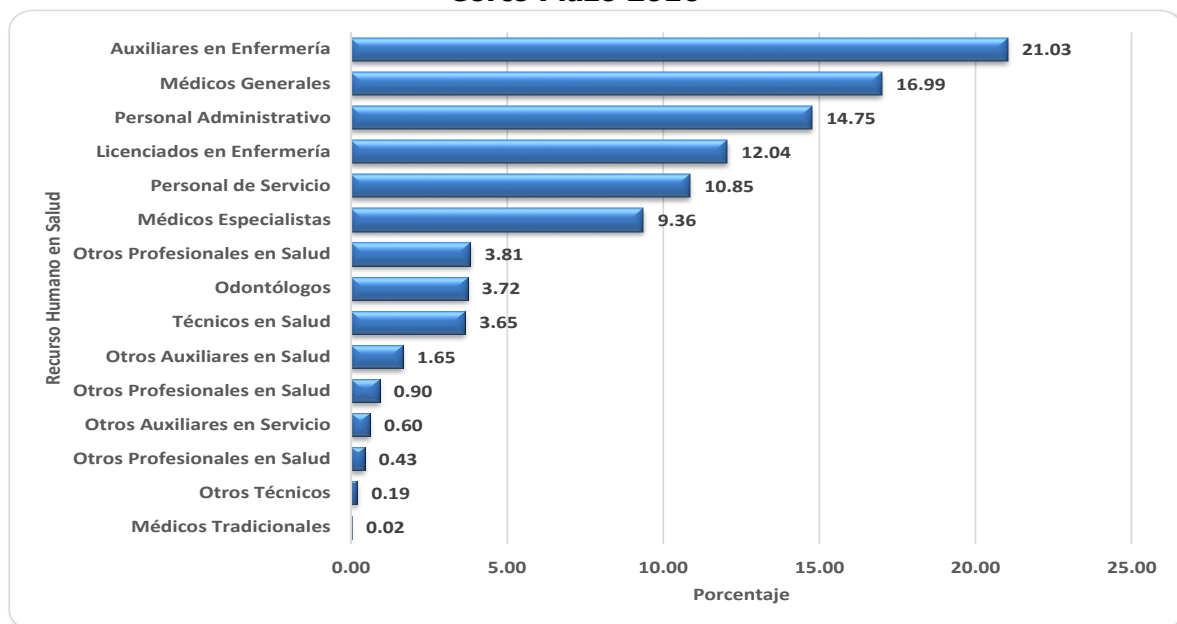
Tabla 7. Bolivia: Distribución de Médicos Generales y Especialistas, Subsector Público y Seguridad Social a Corto Plazo, 2016

CATEGORIA_CARGO	CHUQUISACA	LA PAZ	COCHABAMBA	ORURO	POTOSI	TARIJA	SANTA CRUZ	BENI	PANDO	TOTAL BOLIVIA
Médicos Generales	694	2911	1734	626	837	806	2812	624	260	11304
Médicos Especialistas	548	1451	1095	325	415	409	1592	305	85	6225
Total general	1242	4362	2829	951	1252	1215	4404	929	345	17529

Fuente: Elaboración Propia

El número de médicos generales y especialistas es de 17.529 profesionales representando el 26,35% del total de recurso humano para la gestión 2016, seguido del personal administrativo con el 25,8% y los auxiliares de enfermería con el 21%.

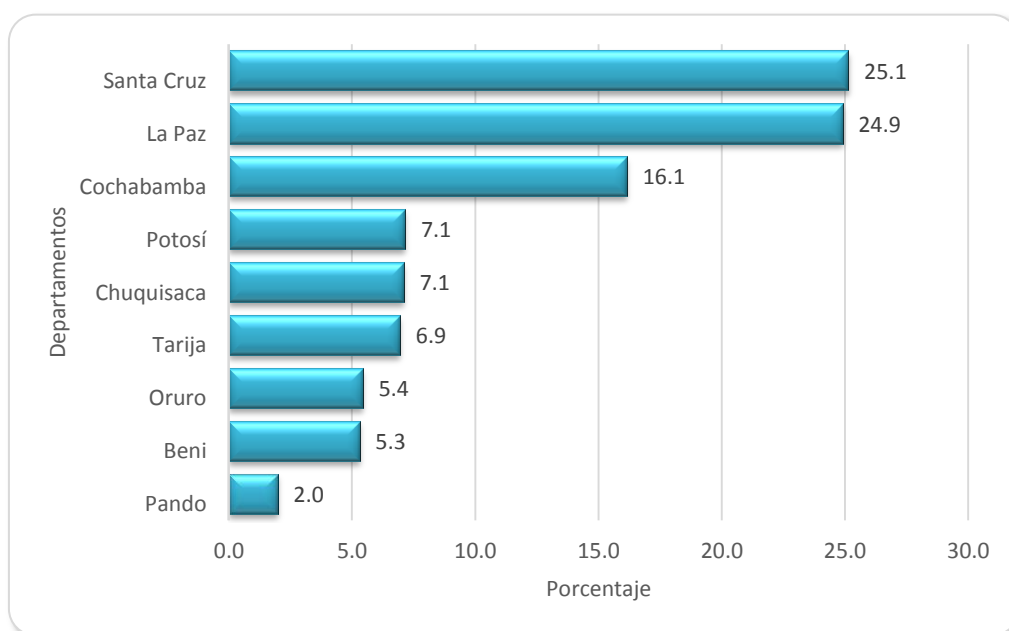
Figura 8. Recurso Humano en Salud Subsectores Público y Seguridad Social a Corto Plazo 2016



Fuente: Elaboración Propia

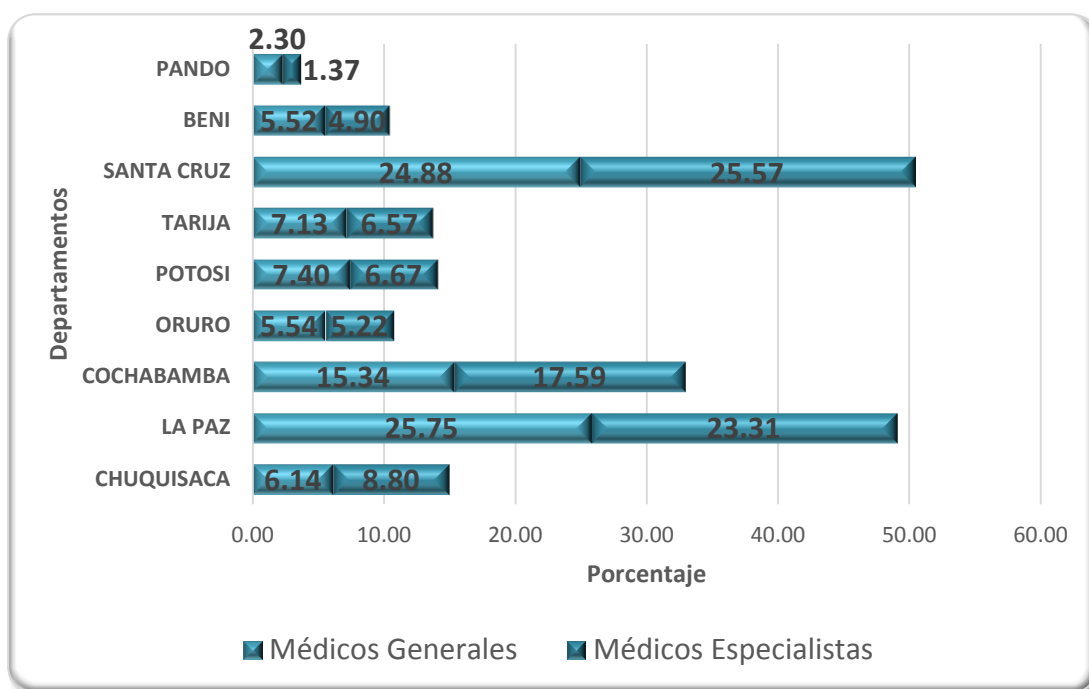
Los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz concentran el 66% de los profesionales, el departamento de Santa Cruz reúne la mayor cantidad con el 25,1% seguido de La Paz con el 24,9% y Cochabamba con el 16,1%.

Figura 9. Médicos Generales y Especialistas por Departamento 2016



Fuente: Elaboración Propia

Figura 10. Médicos Generales y Especialistas Subsector Público y Seguridad Social 2016



Fuente: Elaboración Propia

Los médicos generales tienen mayor proporción en La Paz con el 25,75%, seguido de Santa Cruz con el 24,88% y Cochabamba con el 15,34%, mientras que los médicos especialistas tienen mayor concentración en Santa Cruz con el 25,57% seguido de La Paz con el 23,31% y Cochabamba con el 17,59%.

Tabla 8. Bolivia: Porcentaje de Médicos Especialistas - Médicos Generales en Salud por Subsectores, 2016

Categoría_Cargo	Público	Seguridad Social de Corto Plazo	Total general
Médicos Especialistas	63%	37%	36%
Médicos Generales	83%	17%	64%
Total general	76%	24%	100%

Fuente: Elaboración Propia

El número de médicos generales y especialistas en el subsector público representa al 76%, mientras que en la seguridad social a corto plazo el 24%; los médicos generales abarcan el 83% del subsector público y el 17% de la seguridad social a corto plazo, en tanto que los médicos especialistas abarcan el 63% del subsector público y el 37% de la seguridad social a corto plazo.

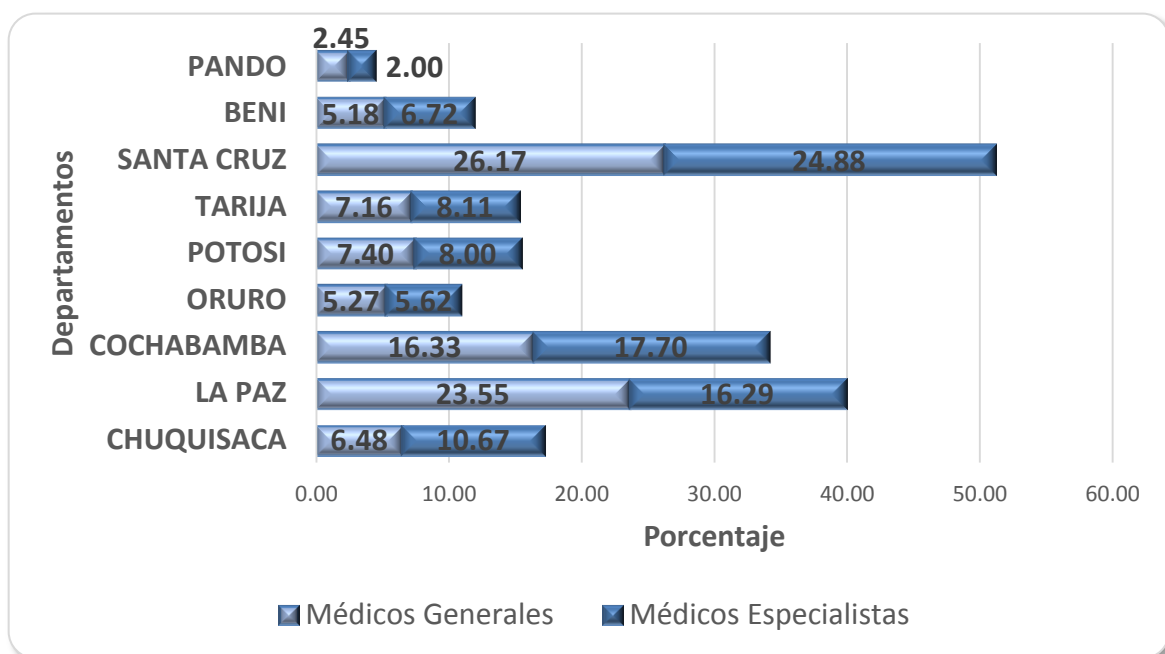
Tabla 9. Bolivia: Distribución de Médicos Generales y Especialistas, Subsector Público, 2016

CATEGORIA_CARGO	CHUQUISACA	LA PAZ	COCHABAMBA	ORURO	POTOSI	TARIJA	SANTA CRUZ	BENI	PANDO	TOTAL BOLIVIA
Médicos Generales	608	2211	1533	495	695	672	2457	486	230	9387
Médicos Especialistas	416	635	690	219	312	316	970	262	78	3898
Total general	1024	2846	2223	714	1007	988	3427	748	308	13285

Fuente: Elaboración Propia

El número de médicos generales y especialistas en el subsector público es de 13.285 profesionales, los médicos generales alcanzan a 9.387 profesionales, mientras que los especialistas a 3.898 profesionales.

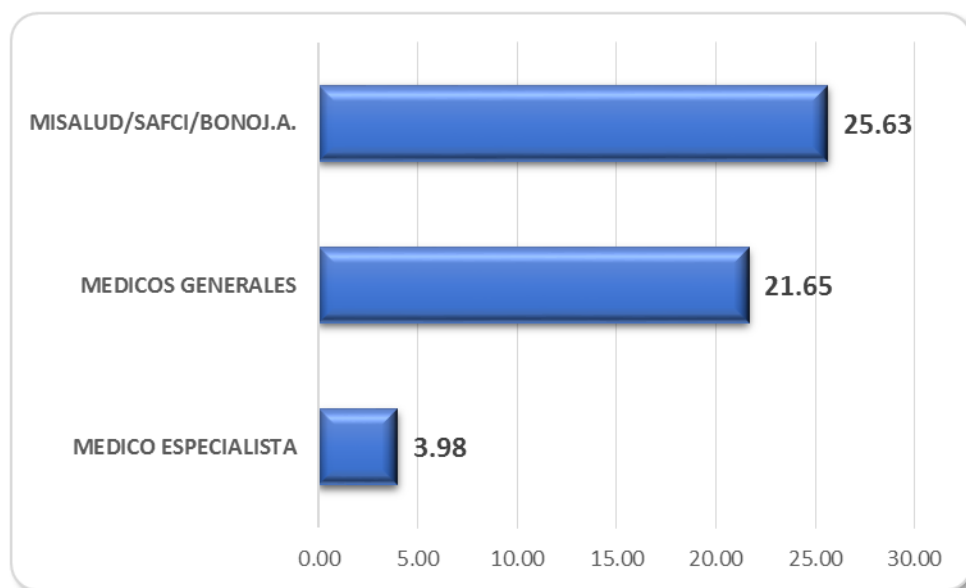
Figura 11. Médicos Generales y Especialistas Subsector Público 2016



Fuente: Elaboración Propia

Los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz concentran el 63,95% de los profesionales médicos generales y especialistas en el subsector público; la distribución de médicos generales es mayor en Santa Cruz con el 26,17% seguido de La Paz con el 23,55%, Cochabamba con el 16,33% y Potosí con el 7,40%; En tanto que la distribución de médicos especialistas es mayor también en Santa Cruz con el 24,88% seguido de Cochabamba con el 17,70%, La Paz con el 17,70% y Chuquisaca con el 10,67%.

Figura 12. Médicos Mi Salud – SAFCI – BONO J.A. 2016



Fuente: Elaboración Propia

De la totalidad de médicos generales y especialistas del subsector público, el 25,63% corresponde a profesionales de administración directa del Ministerio de Salud (MiSalud, SAFCI, Bono Juana Azurduy), el 21,65% corresponden a médicos generales, mientras que el 3,98% a médicos especialistas.

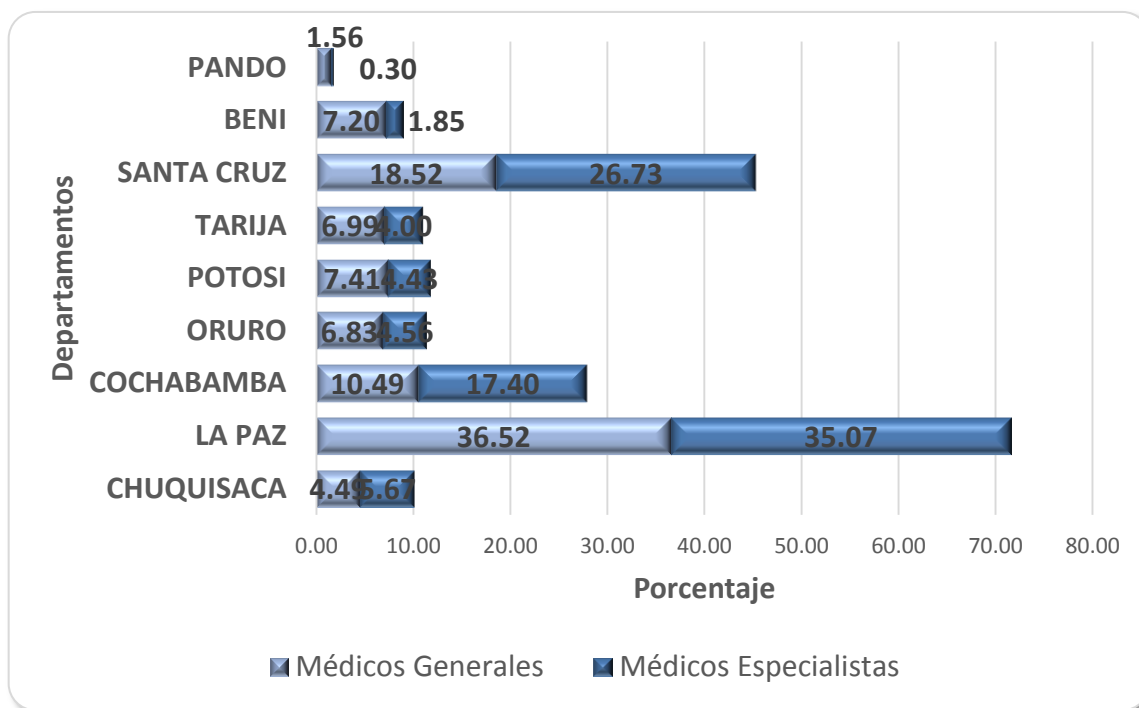
Tabla 10. Bolivia: Distribución de Médicos Generales y Especialistas, Seguridad Social a Corto Plazo, 2016

CATEGORIA_CARGO	CHUQUISACA	LA PAZ	COCHABAMBA	ORURO	POTOSI	TARIJA	SANTA CRUZ	BENI	PANDO	TOTAL BOLIVIA
Médicos Generales	86	700	201	131	142	134	355	138	30	1917
Médicos Especialistas	132	816	405	106	103	93	622	43	7	2327
Total general	218	1516	606	237	245	227	977	181	37	4244

Fuente: Elaboración Propia

El número de médicos generales y especialistas en la seguridad social a corto plazo es de 4.244 profesionales, los médicos generales alcanzan a 1.917 profesionales, mientras que los especialistas a 2.327 profesionales.

Figura 13. Médicos Generales y Especialistas Subsector Seguridad Social a Corto Plazo 2016



Fuente: Elaboración Propia

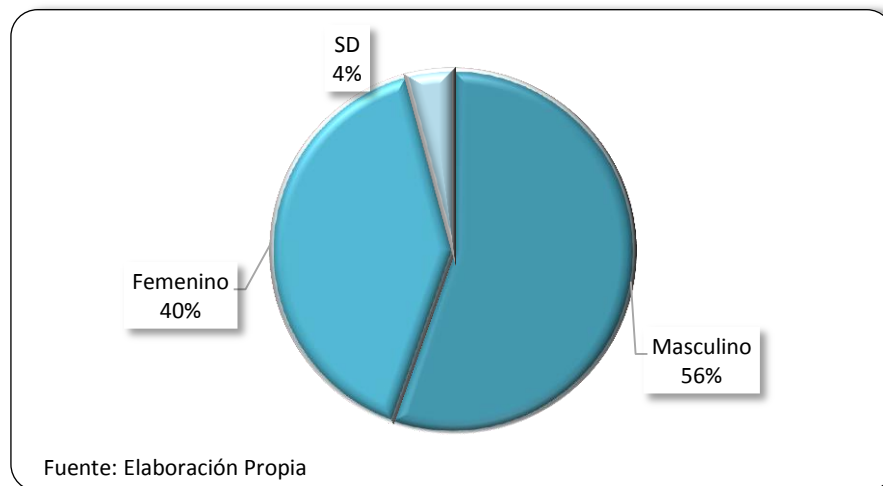
Los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz concentran el 73,02% de los profesionales médicos generales y especialistas de la seguridad

social a corto plazo; la distribución de médicos generales es mayor en La Paz con el 36,52% seguido de Santa Cruz con el 18,52%, Cochabamba con el 10,49% y Potosí con el 7,41%; Asimismo la distribución de médicos especialistas es también mayor en La Paz con el 35,07% seguido de Santa Cruz con el 26,73% y Cochabamba con el 17,40%.

b) Médicos Generales y Especialistas del Subsector Público y la Seguridad Social a Corto Plazo según Sexo.

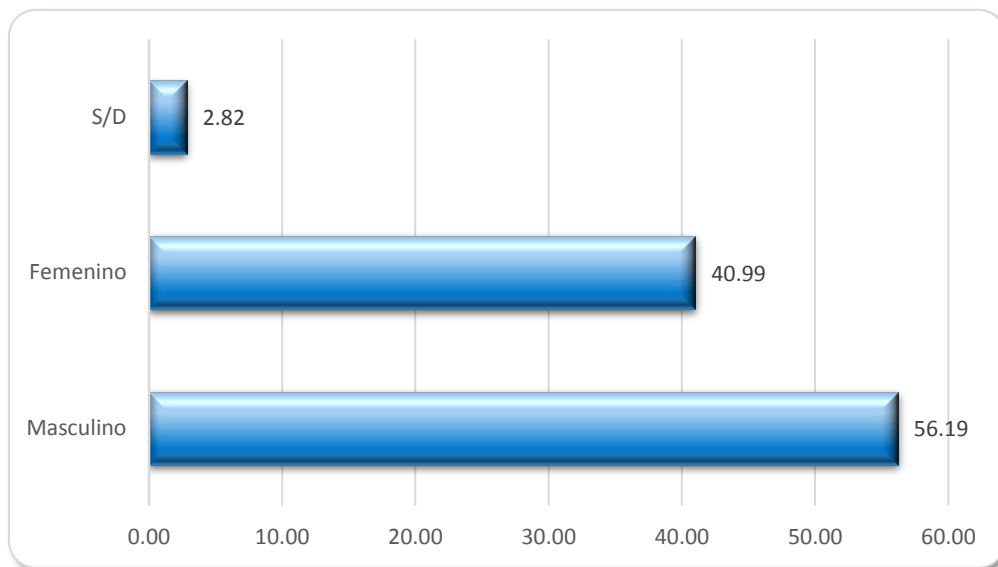
La proporción de médicos generales y especialistas del subsector público y seguridad social durante la gestión 2016 refleja el predominio del sexo masculino con 56% en relación al femenino con 40%, un 4% de los registros se encuentran sin dato.

Figura 14. Porcentaje de Médicos Generales y Especialistas según Sexo 2016



En el subsector público la distribución de médicos generales y especialistas según sexo refleja que la proporción de profesionales de sexo masculino es mayor con el 56,19% a la del sexo femenino con el 40,99%, un 2,82% de los registros se encuentran sin dato.

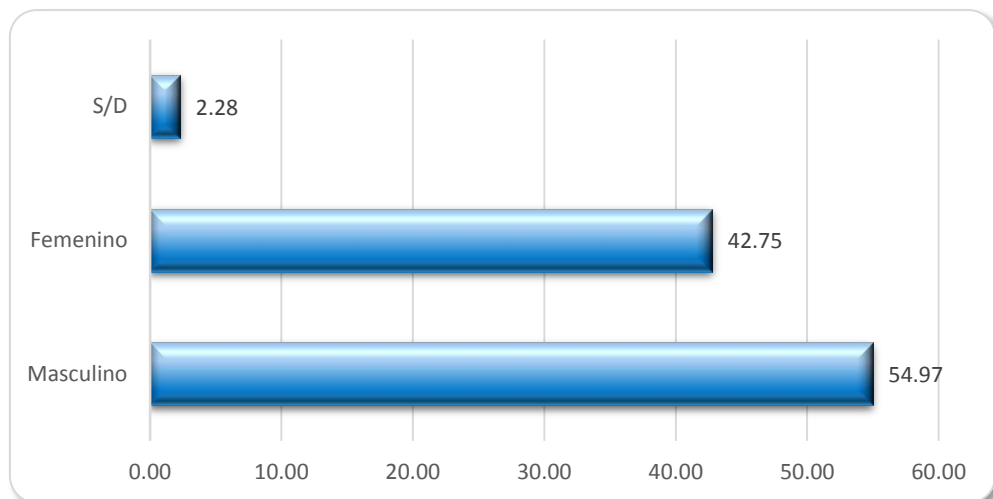
Figura 15. Distribución de Médicos Generales y Especialistas según Sexo, Subsector Público 2016



Fuente: Elaboración Propia

En cuanto a los médicos generales la proporción de profesionales de sexo masculino es mayor con el 54,97% a la del sexo femenino con el 42,75%.

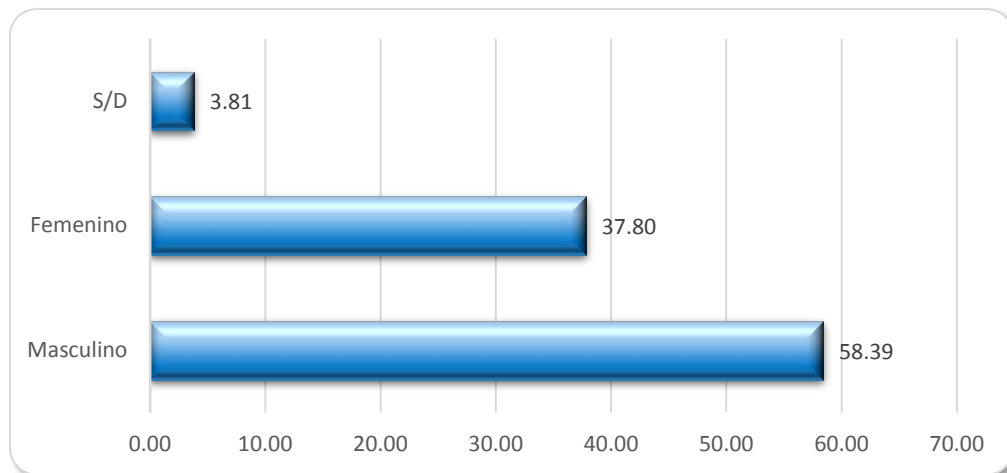
Figura 16. Distribución de Médicos Generales según Sexo, Subsector Público 2016



Fuente: Elaboración Propia

Mientras que la proporción de médicos especialistas de sexo masculino es mayor con el 58,39% a la del sexo femenino con el 37,80%.

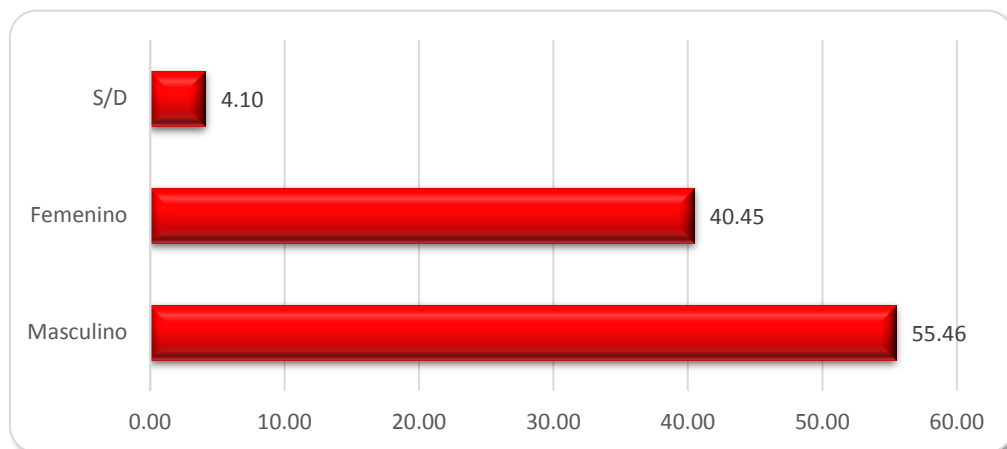
Figura 17. Distribución de Médicos Especialistas según Sexo, Subsector Público 2016



Fuente: Elaboración Propia

En la seguridad social a corto plazo la distribución de médicos generales y especialistas según sexo refleja que la proporción de profesionales de sexo masculino es mayor con el 55,46% a la del sexo femenino con el 40,45%.

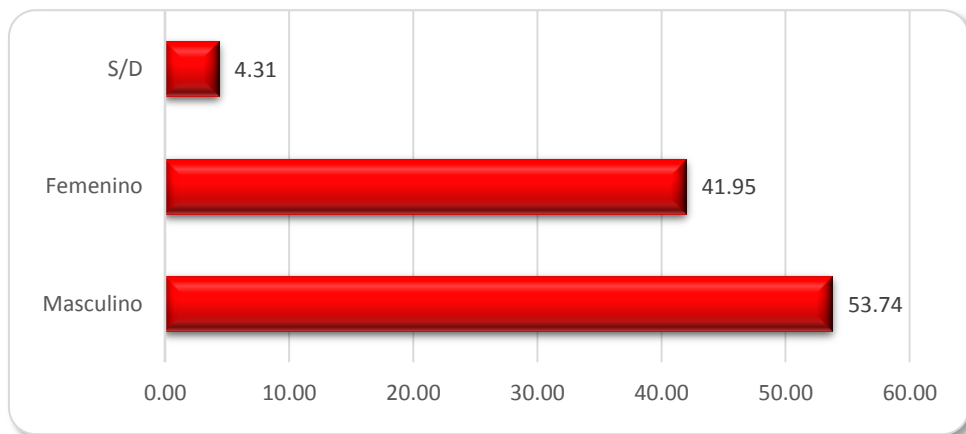
Figura 18. Distribución de Médicos Generales y Especialistas según Sexo, Subsector Seguridad Social a Corto Plazo 2016



Fuente: Elaboración Propia

En cuanto a los médicos generales la proporción de profesionales de sexo masculino es mayor con el 53,74% a la del sexo femenino con el 41,95%.

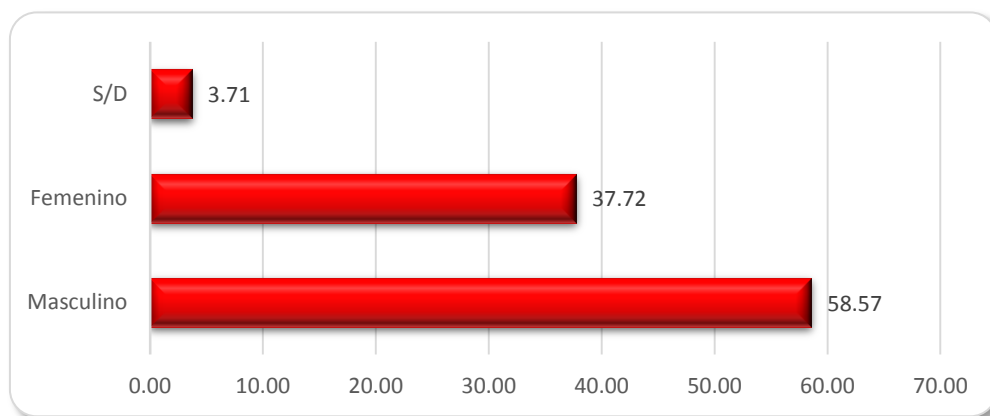
Figura 19. Distribución de Médicos Generales según Sexo, Seguridad Social a Corto Plazo 2016



Fuente: Elaboración Propia

Mientras que la proporción de médicos especialistas de sexo masculino es mayor con el 58,57% a la del sexo femenino con el 37,72%.

Figura 20. Distribución de Médicos Especialistas según Sexo, Seguridad Social a Corto Plazo 2016

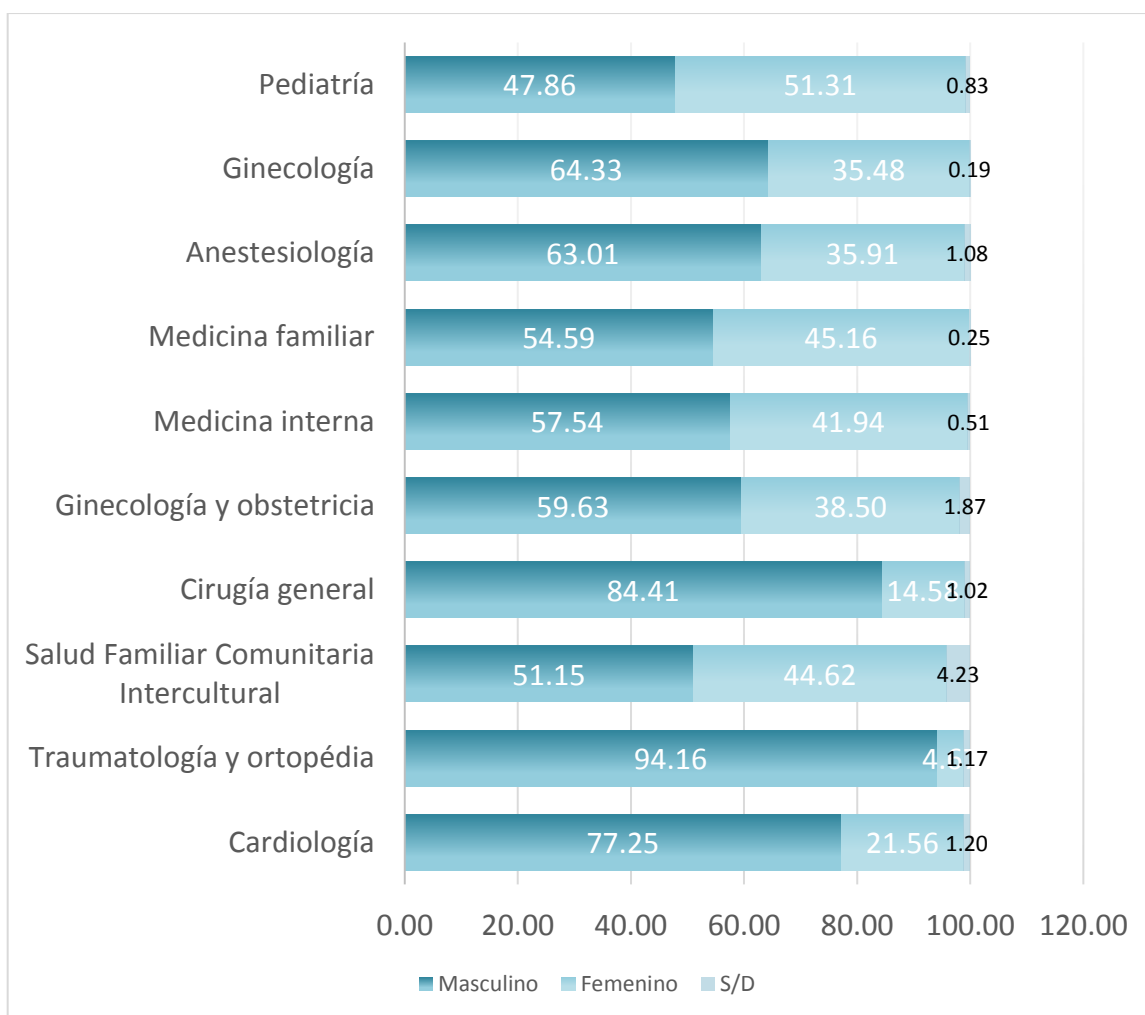


Fuente: Elaboración Propia

Las especialidades de pediatría, ginecología, anestesiología, medicina familiar y medicina interna parecen ser las que predominan, La distribución de

especialistas según sexo claramente expresan la superioridad del sexo masculino respecto al femenino, sin embargo llama la atención la especialidad de pediatría, la misma muestra una distribución inversa predominando el sexo femenino con el 51,31%, respecto al 47,86% del masculino.

Figura 21. Porcentaje de Especialistas del Subsector Público y Seguridad Social a Corto Plazo según Sexo 2016



Fuente: Elaboración Propia

c) Médicos Generales y Especialistas del Subsector Público y la Seguridad Social a Corto Plazo por Fuente de Financiamiento

Tabla 11. Bolivia: Distribución de Médicos Generales y Especialistas por Fuente de Financiamiento, Subsector Público y Seguridad Social según Departamentos, 2016

Fuente de Financiamiento	Chuquisaca	La Paz	Cochabamba	Oruro	Potosí	Tarija	Santa Cruz	Beni	Pando	Total general
Aporte patronal (Seguridad Social de Corto Plazo)	218	1516	606	237	245	227	977	181	37	4244
Recursos propios (Establecimientos de Salud)	8	138	26	7	4	44	42	33		302
Recursos propios (Gobiernos Autónomos Departamentales)	90	24	34	20	65	126	165	41	7	572
Recursos propios (Gobiernos Autónomos Municipales)	35	72	167	39	14	63	767	44	24	1225
Recursos TGN (Ministerio de Salud)	365	1142	1001	325	422	370	1065	255	154	5099
Recursos TGN-HIPIC (Transferencia a los Servicios Departamentales de Salud)	526	1470	995	323	502	385	1388	375	123	6087
Total general	1242	4362	2829	951	1252	1215	4404	929	345	17529

Fuente: Elaboración Propia

La distribución de médicos generales y especialistas del subsector público y seguridad social a corto plazo reflejan que los recursos TGN – HIPIC transferidos a los servicios departamentales de salud se constituyen en la principal fuente de financiamiento con el 34,73% del aporte, seguido de los recursos TGN del Ministerio de Salud con el 29,09% y el aporte patronal de la seguridad social a corto plazo con el 24,21%.

Tabla 12. Bolivia: Distribución de Médicos Generales y Especialistas por Fuente de Financiamiento, Subsectores Público según Departamentos, 2016

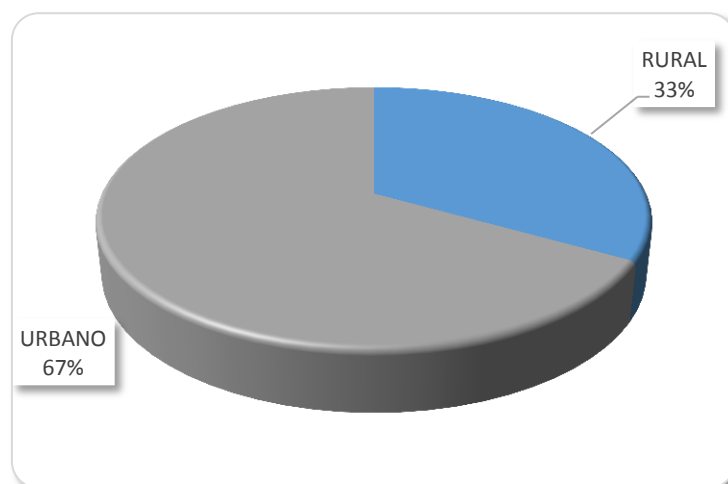
Fuente de Financiamiento	Chuquisaca	La Paz	Cochabamba	Oruro	Potosí	Tarija	Santa Cruz	Beni	Pando	Total general
Recursos propios (Establecimientos de Salud)	8	138	26	7	4	44	42	33		302
Recursos propios (Gobiernos Autónomos Departamentales)	90	24	34	20	65	126	165	41	7	572
Recursos propios (Gobiernos Autónomos Municipales)	35	72	167	39	14	63	767	44	24	1225
Recursos TGN (Ministerio de Salud)	365	1142	1001	325	422	370	1065	255	154	5099
Recursos TGN-HIPIC (Transferencia a los Servicios Departamentales de Salud)	526	1470	995	323	502	385	1388	375	123	6087
Total general	1024	2846	2223	714	1007	988	3427	748	308	13285

Fuente: Elaboración Propia

La distribución de médicos generales y especialistas del subsector público refleja que los recursos TGN – HIPIC transferidos a los servicios departamentales de salud se constituyen en la principal fuente de financiamiento con el 45,82% del aporte, seguido de los recursos TGN del Ministerio de Salud con el 38,38% y el aporte de los recursos propios de los gobiernos autónomos municipales con el 9,22%.

d) Médicos Generales y Especialistas del Subsector Público según Ámbito

Figura 22. Médicos Generales y Especialistas por Ámbito 2016

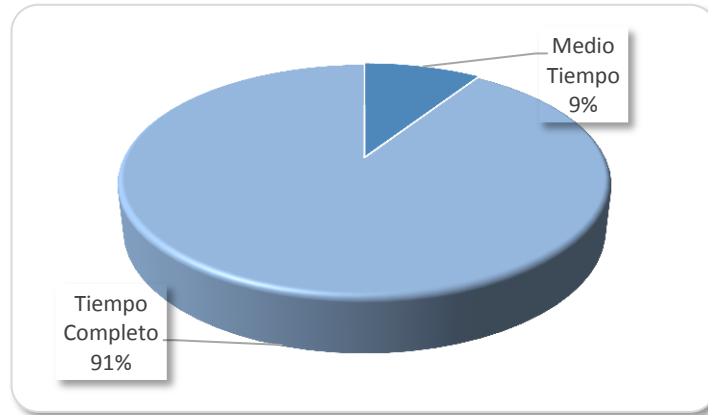


Fuente: Elaboración Propia

La proporción de médicos generales y especialistas en el área urbana representa el doble de este recurso humano de lo establecido en el área rural; En cuanto a la situación de los médicos generales su proporción en el área urbana es del 56% frente a un 44% en el área rural con una distribución más equitativa, Mientras que la proporción de médicos especialistas es del 91% para el área urbana y 9% para el área rural.

e) Médicos Generales y Especialistas del Subsector Público según Carga Horaria

Figura 23. Médicos Generales y Especialistas según Carga Horaria

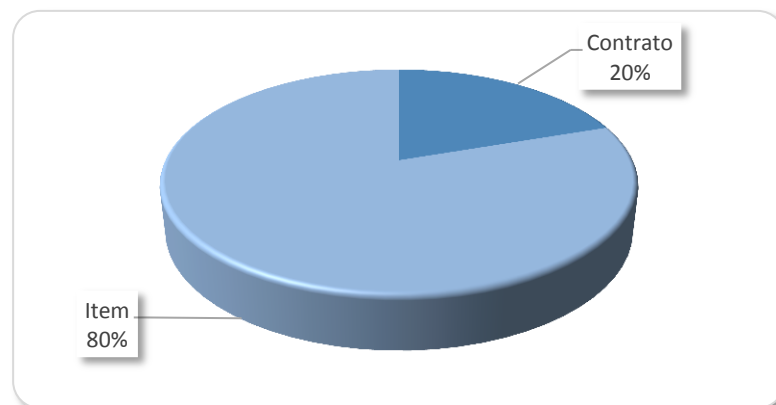


Fuente: Elaboración Propia

El 91% de médicos generales y especialistas cumple una carga horaria de tiempo completo y el 9% medio tiempo; El 84% de médicos generales cumplen tiempos completos, mientras que el 16% tiene una carga horaria de medio tiempo; en cuanto a los médicos especialistas el 93% cumple tiempo completo y el 7% medio tiempo.

f) Médicos Generales y Especialistas del Subsector Público según Tipo de Asignación de Cargo

Figura 24. Médicos Generales y Especialistas por Tipo de Asignación de Cargo 2016



Fuente: Elaboración Propia

El 80% de médicos generales y especialistas cuenta con la asignación de cargo bajo la modalidad de ítem y el 20% contrato; dicha situación expresa similar comportamiento tanto para médicos generales y especialistas de forma diferenciada.

Tabla 13. Tabla Contingencia - Tipo de Asignación de Cargo según Sexo, 2016

Tabla de contingencia		Tipo Asignación de Cargos		Total	
		Contrato	Ítem		
sexo	Femenino	Recuento	906	2852	3758
		% dentro de sexo	24,1%	75,9%	100,0%
		% dentro de tipo asignación de cargo	51,1%	39,7%	41,9%
	Masculino	Recuento	868	4333	5201
		% dentro de sexo	16,7%	83,3%	100,0%
		% dentro de tipo asignación de cargo	48,9%	60,3%	58,1%
Total	Recuento	1774	7185	8959	
	% dentro de sexo	19,8%	80,2%	100,0%	
	% dentro de tipo asignación de cargo	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración Propia

El tipo de asignación de cargo según el sexo de profesionales médicos generales y especialistas revela que la modalidad de ítem es mayor en el sexo masculino con el 60,3% frente al femenino con un 39,7%, mientras que la

modalidad de contrato refleja un 48,9% en el sexo masculino y un 51,1% en el femenino.

g) Médicos Generales y Especialistas, Subsector Público por Nivel de Atención y Perfil Epidemiológico

Tabla 14. Bolivia: Distribución de Médicos Generales y Especialistas por Nivel de Atención, 2016

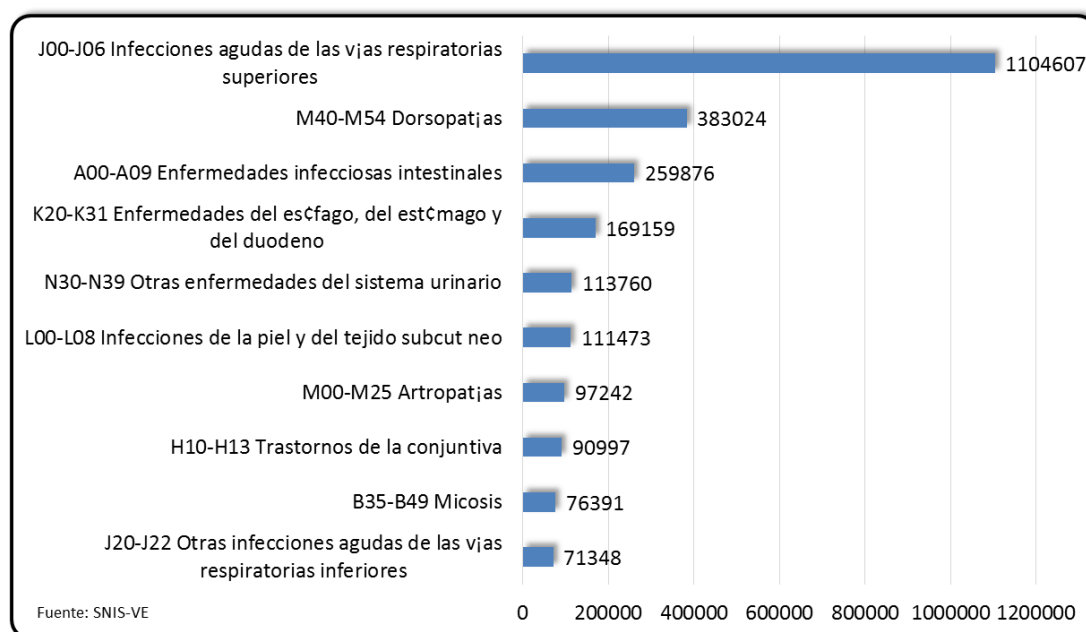
PROFESIÓN	1er NIVEL	2do NIVEL	3er NIVEL	COORDINACION DE RED	SEDES	Total general
MEDICO ESPECIALISTA	610	975	1197	31	4	2817
MEDICO GENERAL	4989	814	212	101	26	6142
Total general	5599	1789	1409	132	30	8959

Fuente: Elaboración Propia

La distribución de médicos generales y especialistas del subsector público, según el *Registro Único de Establecimientos de Salud (RUES)* revela que la proporción de los profesionales en el primer nivel de atención es del 62%, en el segundo nivel 20% y en el tercer nivel 16%; El 89% médicos generales se distribuyen en el primer nivel, 46% en el segundo nivel y 15% en el tercer nivel, mientras que el 85% de médicos especialistas se distribuyen en el tercer nivel, 54% en el segundo nivel y 11% en el primer nivel.

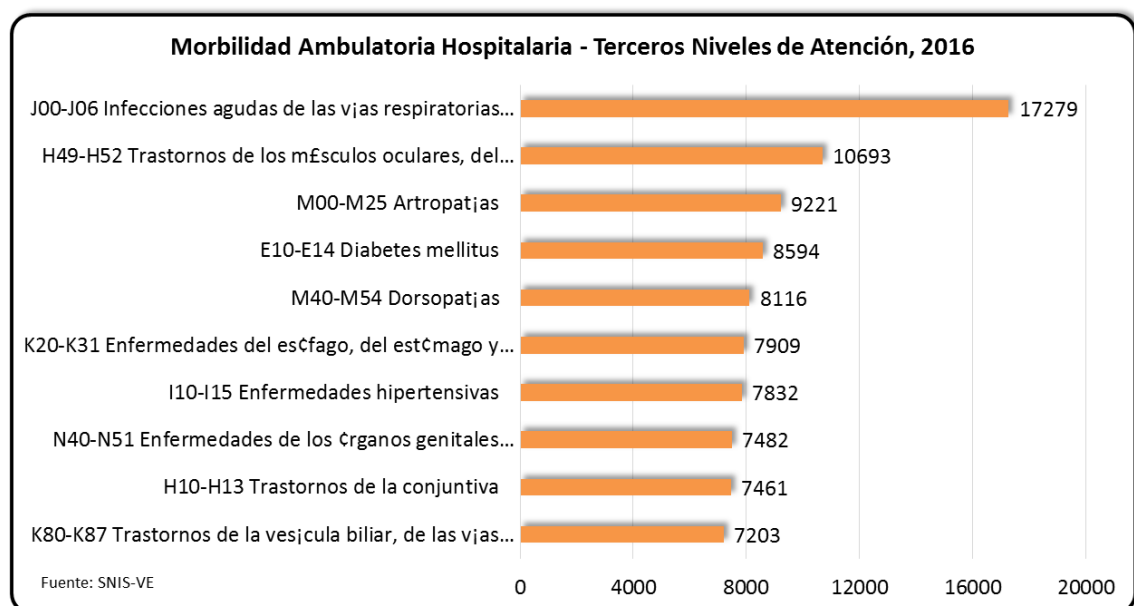
La morbilidad ambulatoria de los primeros niveles durante el 2016 refleja la presencia dentro de sus primeras diez (10) causas, enfermedades principalmente infecciosas propias del perfil epidemiológico ya conocido en el país desde hace varios años atrás, entre ellas se mencionan las infecciones agudas de vías respiratorias, enfermedades infecciosas intestinales, del sistema urinario y otras, En esencia todas las reflejadas guardan relación con la capacidad resolutive y perfil del recurso humano del primer nivel de atención.

Figura 25. Morbilidad Ambulatoria – Primeros Niveles de Atención 2016



En cuanto a la morbilidad hospitalaria ambulatoria presentada durante la gestión 2016, tanto en segundos como en terceros niveles, se expresa en el componente asistencial una carga importante de enfermedades de resolución simple como las infecciones agudas respiratorias y las enfermedades infecciosas intestinales, en ambos niveles hospitalarios también son evidentes las enfermedades crónicas degenerativas que reflejan el proceso de transición epidemiológica por el cual transcurre el país.

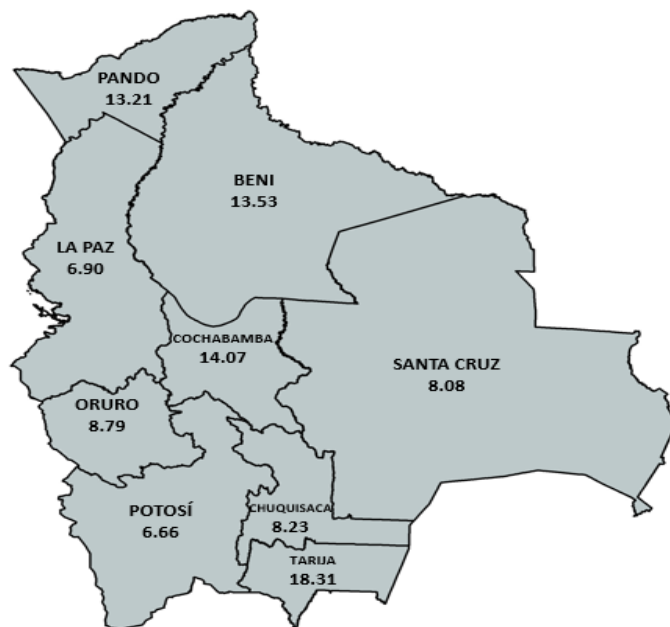
Figura 26. Morbilidad Ambulatoria Hospitalaria – Terceros Niveles de Atención 2016



h) Densidad de médicos generales y especialistas del subsector público en relación a crecimiento profesional

La razón de médicos generales y especialistas durante la gestión 2016 es de 8,16 por cada 10.000 habitantes en el país, Tarija concentra a 18,31 de médicos generales y especialistas, seguido de Cochabamba con 14,07 y Beni con 13,21, el departamento de Potosí presenta la menor densidad de profesionales 6,66 médicos generales y especialistas por 10.000 hab.

Figura 27. Densidad de Médicos Generales y Especialistas Subsector Público 2016



Fuente: Elaboración Propia

XI. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Se explotó las bases de datos de recursos humanos nominales, con carácter estrictamente confidencial y anónimo.
- La fuente de datos será de uso exclusivo durante el proceso de investigación, sin posibilidad de trasportar a otro beneficio.
- El manejo de los datos nominales será de absoluta reserva y no se usará en ningún caso como referente.

XII. DISCUSIÓN

El número de médicos generales y especialistas representa el mayor de todo el recurso humano establecido en el subsector público y seguridad a corto plazo en el país durante el periodo 2016, constituyendo el 26,35%, un poco más de la cuarta parte del total del universo estudiado, Sin embargo llama la atención esta cifra con relación a la cantidad de personal administrativo del 25,8%, mayor al límite internacional sugerido del 20%.

La proporción de la distribución de profesionales en general guarda relación en cuanto a su concentración en los departamentos más poblados del país; Santa Cruz, La Paz y Cochabamba, de forma diferenciada la mayor proporción de médicos generales se refleja en La Paz con el 25,75%, mientras que la mayor cantidad de especialistas se encontraría en Santa Cruz con el 25,57% de profesionales.

En el subsector público el número de médicos generales y especialistas representa al 76%, mientras que en la seguridad social a corto plazo el 24%; los médicos generales abarcan el 83% del subsector público y el 17% de la seguridad social a corto plazo, en tanto que los médicos especialistas abarcan el 63% del subsector público y el 37% de la seguridad social a corto plazo.

Los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz concentran el 63,95% de los profesionales médicos generales y especialistas en el subsector público; la distribución de médicos generales es mayor en Santa Cruz con el 26,17% como de especialistas con el 24,88%.

De la totalidad de profesionales del subsector público el 25,63% corresponde a profesionales de administración directa del Ministerio de Salud (MiSalud,

SAFCI, Bono Juana Azurduy), el 21,65% corresponden a médicos generales, mientras que el 3,98% a médicos especialistas, Situación que también viene coadyuvando a la fragmentación del sistema de salud debido a la no articulación en las acciones integrales con el recurso humano administrado por los gobiernos autónomos departamentales.

Los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz concentran el 73,02% de los profesionales médicos generales y especialistas de la seguridad social a corto plazo; la distribución de médicos generales es mayor en La Paz con el 36,52% como la de médicos especialistas con el 35,07%.

La proporción de médicos generales y especialistas del subsector público y seguridad social refleja un predominio del sexo masculino con 56% en relación al femenino con 40%, un 4% de los registros se encuentran sin dato.

En el subsector público la distribución de médicos generales y especialistas según sexo refleja que la proporción de profesionales de sexo masculino es mayor con el 56,19% a la del sexo femenino con el 40,99%, un 2,82% de los registros se encuentran sin dato.

En cuanto a los médicos generales la proporción de profesionales de sexo masculino es mayor con el 54,97% a la del sexo femenino con el 42,75%. Mientras que la proporción de médicos especialistas de sexo masculino es mayor con el 58,39% a la del sexo femenino con el 37,80%.

En la seguridad social a corto plazo la distribución de médicos generales y especialistas según sexo refleja que la proporción de profesionales de sexo masculino es mayor con el 55,46% a la del sexo femenino con el 40,45%.

En cuanto a los médicos generales la proporción de profesionales de sexo masculino es mayor con el 53,74% a la del sexo femenino con el 41,95%.

Mientras que la proporción de médicos especialistas de sexo masculino es mayor con el 58,57% a la del sexo femenino con el 37,72%.

Las especialidades de pediatría, ginecología, anestesiología, medicina familiar y medicina interna son las que predominan en el país, La distribución de especialistas según sexo claramente expresan la superioridad del sexo masculino respecto al femenino, sin embargo llama la atención la especialidad de pediatría, la misma muestra una distribución inversa, predominando el sexo femenino con el 51,31%, respecto al 47,86% del masculino, dicho comportamiento contrariamente a lo reflejado por otros países de la región marca una profunda masculinización de la profesión.

La distribución de médicos generales y especialistas del subsector público y seguridad social a corto plazo reflejan que los recursos TGN – HIPIC transferidos desde el ministerio de salud a los servicios departamentales de salud constituyen la principal fuente de financiamiento con el 34,73% del aporte, seguido de los recursos TGN del Ministerio de Salud con el 29,09% y el aporte patronal de la seguridad social a corto plazo con el 24,21%.

La distribución de médicos generales y especialistas del subsector público refleja que los recursos TGN – HIPIC transferidos a los servicios departamentales de salud se constituyen en la principal fuente de financiamiento con el 45,82% del aporte, seguido de los recursos TGN del Ministerio de Salud con el 38,38% y el aporte de los recursos propios de los gobiernos autónomos municipales con el 9,22%.

La proporción de médicos generales y especialistas en el área urbana representa el doble de este recurso humano de lo establecido en el área rural; En cuanto a la situación de los médicos generales su proporción en el área urbana es del 56% frente a un 44% en el área rural con una distribución más

equitativa, Mientras que la proporción de médicos especialistas es del 91% para el área urbana y 9% para el área rural, situación que refleja aún uno de los grandes desequilibrios del sistema de salud y comportamiento de los especialistas a concentrarse en capitales urbanas del país.

El 91% de médicos generales y especialistas cumple una carga horaria de tiempo completo y el 9% medio tiempo; El 84% de médicos generales cumplen tiempos completos, mientras que el 16% tiene una carga horaria de medio tiempo; en cuanto a los médicos especialistas el 93% cumple tiempo completo y el 7% medio tiempo.

El 80% de médicos generales y especialistas cuenta con la asignación de cargo bajo la modalidad de ítem y el 20% contrato; dicha situación expresa similar comportamiento tanto para médicos generales y especialistas de forma diferenciada.

La distribución de médicos generales y especialistas del subsector público, revela que la proporción de los profesionales en el primer nivel de atención es del 62%, en el segundo nivel 20% y en el tercer nivel 16%; El 89% médicos generales se distribuyen en el primer nivel, 46% en el segundo nivel y 15% en el tercer nivel, mientras que el 85% de médicos especialistas se distribuyen en el tercer nivel, 54% en el segundo nivel y 11% en el primer nivel.

La morbilidad ambulatoria de los primeros niveles durante el 2016 refleja la presencia dentro de sus primeras diez (10) causas, enfermedades principalmente infecciosas propias del perfil epidemiológico ya conocido en el país desde hace varios años atrás, entre ellas se mencionan las infecciones agudas de vías respiratorias, enfermedades infecciosas intestinales, del sistema urinario y otras, En esencia todas las reflejadas guardan relación con la capacidad resolutiva y perfil del recurso humano del primer nivel de atención.

En cuanto a la morbilidad hospitalaria ambulatoria presentada durante la gestión 2016, tanto en segundos como en terceros niveles, se expresa en el componente asistencial una carga importante de enfermedades de resolución simple como las infecciones agudas respiratorias y las enfermedades infecciosas intestinales, en ambos niveles hospitalarios reflejando de alguna manera la subutilización del recurso humano especializado, la deficiente contención de enfermedades de fácil resolución en los primeros niveles, como el deficiente funcionamiento del sistema de referencia y contrareferencia; también son evidentes las enfermedades crónicas degenerativas que reflejan el proceso de transición epidemiológica por el cual transcurre el país.

La razón de médicos generales y especialistas durante la gestión 2016 es de 8,16 por cada 10.000 habitantes en el país, Tarija concentra a 18,31 de médicos generales y especialistas, seguido de Cochabamba con 14,07 y Beni con 13,21, el departamento de Potosí presenta la menor densidad de profesionales 6,66 médicos generales y especialistas por 10.000 hab, dicho comportamiento refleja también otro de los grandes desequilibrios relacionados con la mala distribución de este en relación a la densidad poblacional, refiriéndonos a la evidente necesidad de incremento de este recurso humano a los departamentos de Santa Cruz y La Paz con mayor densidad poblacional.

El estudio refleja también que si existe relación de dependencia entre el sexo y el número de médicos generales y especialistas. En este contexto, el sexo masculino es el que predomina tanto para médicos generales como en especialistas respecto al sexo femenino con un 58,1%, de la misma manera son más hombres los que alcanzan la especialidad respecto a la cantidad de mujeres con un 60,5%. Asimismo concluye la dependencia entre el sexo y el tipo de modalidad de asignación de cargo, corroborando que la modalidad de ítem es mayor en el sexo masculino que en el femenino en un 60,3%.

XIII. IMPLEMENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

La importancia y trascendencia de estos resultados contribuirá al análisis de los desequilibrios de la dotación y distribución adecuada del recurso humano en salud, con especial énfasis el relacionado con los médicos generales y especialistas por parte de autoridades nacionales, departamentales y municipales de acuerdo a competencias asignadas en el marco de la Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización.

Este estudio como contribución a la línea de investigación del mercado laboral también coadyuvará al mejor análisis de la demanda de médicos generales y especialistas para el análisis y dotación de estos recursos a los cuarenta y siete (47) hospitales nuevos proyectados en el Plan de Desarrollo Económico y Social (PDES 2016 – 2020) y objetivos sectoriales que benefician a la población del país.

XIV. AUDIENCIAS ESPERADAS EN EL RESULTADO

Los resultados de esta investigación pueden servir a los diferentes actores del sistema de salud:

El Ministerio de Salud siendo el ente rector que promueve y garantiza los derechos y deberes a la salud de las bolivianas y los bolivianos; mediante la gestión de recursos humanos ante el Ministerio de Economía y Finanzas para el financiamiento y creación de ítems, a los Gobiernos Departamentales de Salud a través de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) como Gobiernos Municipales para conocer los desequilibrios de la dotación, mejor distribución de médicos generales y especialistas en sus jurisdicciones, mejoramiento de la

capacidad resolutoria mediante la optimización más eficiente de profesionales en función a las necesidades.

XV. CONCLUSIONES

- El número de médicos generales y especialistas representa el mayor de todo el recurso humano establecido en el subsector público y seguridad a corto plazo en el país durante el periodo 2016 (26,35%), un poco más de la cuarta parte del total del universo estudiado, la cantidad de personal administrativo representa (25,8%), mayor al límite internacional sugerido del 20%.
- La proporción de la distribución de profesionales en general guarda relación en cuanto a su concentración en los departamentos más poblados del país; Santa Cruz, La Paz y Cochabamba, de forma diferenciada la mayor proporción de médicos generales se refleja en La Paz con el 25,75%, mientras que la mayor cantidad de especialistas se encontraría en Santa Cruz con el 25,57% de profesionales.
- En el subsector público el número de médicos generales y especialistas representa al 76%, mientras que en la seguridad social a corto plazo el 24%; los médicos generales abarcan el 83% del subsector público y el 17% de la seguridad social a corto plazo, en tanto que los médicos especialistas abarcan el 63% del subsector público y el 37% de la seguridad social a corto plazo.
- Los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz concentran el 73,02% de los profesionales médicos generales y especialistas de la seguridad social a corto plazo; la distribución de médicos generales es

mayor en La Paz con el 36,52% como la de médicos especialistas con el 35,07%.

- De la totalidad de profesionales del subsector público el 25,63% corresponde a profesionales de administración directa del Ministerio de Salud (MiSalud, SAFCI, Bono Juana Azurduy), el 21,65% corresponden a médicos generales, mientras que el 3,98% a médicos especialistas, Situación que también viene coadyuvando a la fragmentación del sistema de salud debido a la no articulación en las acciones integrales con el recurso humano administrado por los gobiernos autónomos departamentales.
- La proporción de médicos generales y especialistas del subsector público y seguridad social refleja un predominio del sexo masculino con 56% en relación al femenino con 40%, un 4% de los registros se encuentran sin dato.
- Las especialidades de pediatría, ginecología, anestesiología, medicina familiar y medicina interna son las que predominan en el país, La distribución de especialistas según sexo claramente expresan la superioridad del sexo masculino respecto al femenino, sin embargo llama la atención la especialidad de pediatría, la misma muestra una distribución inversa, predominando el sexo femenino con el 51,31%, respecto al 47,86% del masculino, dicho comportamiento contrariamente a lo reflejado por otros países de la región marca una profunda masculinización profesionalizada.
- La distribución de médicos generales y especialistas del subsector público y seguridad social a corto plazo reflejan que los recursos TGN – HIPIC transferidos desde el ministerio de salud a los servicios departamentales de salud constituyen la principal fuente de financiamiento con el 34,73% del aporte, seguido de los recursos TGN del Ministerio de Salud con el 29,09% y

el aporte patronal de la seguridad social a corto plazo con el 24,21%; Asimismo el aporte de los recursos propios de los gobiernos autónomos municipales es del 9,22%.

- La proporción de médicos generales y especialistas en el área urbana representa el doble de este recurso humano de lo establecido en el área rural; En cuanto a la situación de los médicos generales su proporción en el área urbana es del 56% frente a un 44% en el área rural con una distribución más equitativa, Mientras que la proporción de médicos especialistas es del 91% para el área urbana y 9% para el área rural, situación que refleja aún uno de los grandes desequilibrios del sistema de salud y comportamiento de los especialistas a concentrarse en capitales urbanas del país.
- El 91% de médicos generales y especialistas cumple una carga horaria de tiempo completo y el 9% medio tiempo; El 84% de médicos generales cumplen tiempos completos, mientras que el 16% tiene una carga horaria de medio tiempo; en cuanto a los médicos especialistas el 93% cumple tiempo completo y el 7% medio tiempo.
- El 80% de médicos generales y especialistas cuenta con la asignación de cargo bajo la modalidad de ítem y el 20% contrato; dicha situación expresa similar comportamiento tanto para médicos generales y especialistas de forma diferenciada.
- La distribución de médicos generales y especialistas del subsector público, revela que la proporción de los profesionales en el primer nivel de atención es del 62%, en el segundo nivel 20% y en el tercer nivel 16%; El 89% médicos generales se distribuyen en el primer nivel, 46% en el segundo nivel y 15% en el tercer nivel, mientras que el 85% de médicos especialistas

se distribuyen en el tercer nivel, 54% en el segundo nivel y 11% en el primer nivel.

- La morbilidad ambulatoria de los primeros niveles durante el 2016 refleja la presencia dentro de sus primeras diez (10) causas, enfermedades principalmente infecciosas propias del perfil epidemiológico ya conocido en el país desde hace varios años atrás, entre ellas se mencionan las infecciones agudas de vías respiratorias, enfermedades infecciosas intestinales, del sistema urinario y otras, En esencia todas las reflejadas guardan relación con la capacidad resolutive y perfil del recurso humano del primer nivel de atención.
- En cuanto a la morbilidad hospitalaria ambulatoria presentada durante la gestión 2016, tanto en segundos como en terceros niveles, se expresa en el componente asistencial una carga importante de enfermedades de resolución simple como las infecciones agudas respiratorias y las enfermedades infecciosas intestinales, en ambos niveles hospitalarios reflejando de alguna manera la subutilización del recurso humano especializado, la deficiente contención de enfermedades de fácil resolución en los primeros niveles, como el deficiente funcionamiento del sistema de referencia y contrareferencia.
- La razón de médicos generales y especialistas durante la gestión 2016 es de 8,16 por cada 10.000 habitantes en el país, Tarija concentra a 18,31 de médicos generales y especialistas, seguido de Cochabamba con 14,07 y Beni con 13,21, el departamento de Potosí presenta la menor densidad de profesionales 6,66 médicos generales y especialistas por 10.000 hab., dicho comportamiento refleja también otro de los grandes desequilibrios relacionados con la mala distribución de este en relación a la densidad poblacional, refiriéndonos a la evidente necesidad de incremento de este

recurso humano a los departamentos de Santa Cruz y La Paz con mayor densidad poblacional.

- La modalidad de ítem es mayor en el sexo masculino que en el femenino con un 60,3%.

XVI. RECOMENDACIONES

- Debe priorizarse los procesos de dotación de recurso humano técnico (personal de salud) sobre el personal administrativo, evitando sobrepasar el 20% de este último.
- Debe procurarse una distribución más equitativa de profesionales en el país, de manera que la cantidad de médicos generales y especialistas tenga una relación de equilibrio en los departamentos más poblados del país, en este sentido llama la atención la mayor concentración de especialistas en el departamento de Santa Cruz con el 25,57 % de los profesionales.
- Debe reducirse la fragmentación del sistema promoviendo por parte de autoridades nacionales como departamentales una mejor y mayor articulación en las acciones integrales entre el recurso humano administrado por los gobiernos autónomos departamentales y el Ministerio de Salud.
- Promoverse la mayor equidad de género posible en la distribución de médicos generales y especialistas en cuanto a su distribución por sexo, la masculinización de la profesión en el país con el 56% de los cargos asignados reflejan, en contraposición a la situación de feminización internacional una mayor ocupación de cargos a predominio del sexo masculino, manifestando todavía en el país la tendencia de preferencia de

médicos generales y especialistas del sexo masculino en el subsector público y seguridad social a corto plazo y la todavía la carga aparente de actividades del hogar recaída en el sexo femenino.

- Promoverse la formación de especialistas que no solo se limite a la formación de las especialidades básicas (pediatría, ginecología, anestesiología, medicina familiar y medicina interna) que permita garantizar la cartera de servicios de los nuevos hospitales de tercer nivel y cuarto nivel en proyección.
- Reducirse las desigualdades en cuanto a la distribución de médicos generales y especialistas por ámbito, dada la situación de la aparente gran predilección de médicos generales y especialistas, con especial énfasis estos últimos 91% ,por el ejercicio de su profesión en áreas urbanas, entre algunos de los estímulos sugeridos que coadyuven a un mayor equilibrio de dicha situación están; el incremento de salarios, dotación de bonos especiales y la posible implementación de la especialización por competencia para el caso de los médicos generales.
- Promoverse la dotación de ítems para administración de los municipios que permita brindar a la población contar con una atención continua y permanente.
- Promoverse un mayor equilibrio en la dotación de médicos generales y especialistas en función a la densidad poblacional, este desequilibrio principalmente visible en los departamentos de La Paz y Santa Cruz con 6 y 8 médicos generales y especialistas por 10.000 hb. en relación a Tarija con 18 médicos generales y especialistas por 10.000 hb.

- Optimizarse la atención especializada mediante el fortalecimiento de la contención de enfermedades de complejidad simple en establecimientos de primer nivel de atención, mediante la dotación y actualización permanente de médicos generales y especialistas en primeros y segundos niveles.

XVII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

i Constitución Política del Estado, Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, Sección II: Derecho a la Salud y la Seguridad Social
<http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/index.php/normas/descargar/154183>

ii Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud.

iii Imaña, Emira Yovanna, Análisis sobre el número de especialidades y subespecialidades médicas en los hospitales docente asistenciales de segundo y tercer nivel de atención del subsector público y del subsector de la seguridad social en La Paz, Potosí y Oruro, La Paz, Bolivia, marzo de 2013.

iv Plan Estratégico Institucional 2016 – 2020 Ministerio de Salud, Serie Documentos de Política, La Paz – Bolivia 2017.

v Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel, Documento técnico – normativo, La Paz – Bolivia 2013, Pág. 21-23.

vi Llamado a la Acción de Toronto - 2006-2015: Una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas

vii Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud y Deportes, (2009). La Paz-Bolivia: Prisa Ltda.; 2009.

viii Manual de Medición y Monitoreo, Indicadores de las Metas Regionales Recursos Humanos para la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS) durante el 2010.

ix Manual de Procedimientos Planificación y Programación de Recursos Humanos, Manual de Procedimientos Planificación y Programación de Recursos Humanos, Ministerio de Salud – Dirección General de Recursos Humanos, Nicaragua, 2010.

x Plan Sectorial de Desarrollo Integral 2016 – 2020, Ministerio de Salud, Serie Documentos de Política, La Paz – Bolivia 2017.

xi Sánchez García, Ana Guadalupe, Los profesionales de ciencias de la salud en el mercado laboral Investigación en Salud, vol. IV, núm. 1, abril, 2002, p. 0 Centro Universitario de Ciencias de la Salud Guadalajara, México, en <http://www.redalyc.org/pdf/142/14240107.pdf>, junio del 2017.

xii Florez Acosta Jorge Hernán, Atehortúa Becerra Sara Catalina, Arenas Mejía Alba Cristina, Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín, Artículo de investigación, derivado del proyecto de investigación “Análisis de las condiciones laborales en el sector salud a partir de la Ley 100 de 1993”, financiado por la Escuela Nacional Sindical. Medellín, Colombia, 2007.

xiii Centre d’Anàlisis i Programes Sanitaris (CAPS), Izabella Rohlf, Pilar Arrizabalaga, Lucía Artazcoz, Carme Borrell, Mercè Fuentes, Carme Valls, Salud, Estilos de Vida y Condiciones de Trabajo de los Médicos y Médicas de Cataluña, Informe editado en noviembre de 2007.

xiv Gabriela Catterberg, Isabel Duré, Juan Martín Bustos, Martín Langsam, Mariano Salzman, Género en el Sector Salud: Feminización y Brechas Laborales, Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina/2018, Número 9.

xv Ana M. García, Mercado Laboral y Salud, Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud, Valencia, España, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Valencia, España, Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL), Valencia, España, CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España 2010.

Bases de Datos contenidas en el Portal Web del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), bajo el siguiente enlace <http://snis.minsalud.gob.bo/>.