

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

**FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA,
NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



IMPLEMENTACIÓN DEL REGLAMENTO DE LA CARRERA SANITARIA

POSTULANTES:

Dr. AMILCAR R. BARRIGA VELARDE
Dr. MARCO CAVIEDES VARGAS
Dr. FERNANDO RUIZ MEALLA

TUTORES:

Dr. JUAN PEREZ FLORES
Lic. RAMIRO RIVERA MOSCOSO

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA OPTAR AL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA
CON MENCIÓN: EPIDEMIOLOGÍA**

LA PAZ – BOLIVIA
2000

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

**ELABORACIÓN E
IMPLEMENTACIÓN
DEL REGLAMENTO
DE LA
CARRERA SANITARIA**

TUTORES:

DR. JUAN PÉREZ FLORES
LIC. RAMIRO RIVERA MOSCOSO

ELABORACIÓN:

AMILCAR BARRIGA VELARDE
MARCO CAVIEDES VARGAS
FERNANDO RUIZ MEALLA

ÍNDICE

CONFIGURACIÓN

PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Pág.

I.	Antecedentes.....	1
II.	Planteamiento del problema.....	6
III.	Formulación de la hipótesis.....	11
IV.	Definición de variables.....	12
V.	Operacionalización de variables.....	14
VI.	Justificación.....	16
VII.	Objetivos.....	18
VIII.	Fundamento teórico.....	19
IX.	Unidad de investigación.....	39
X.	Diseño metodológico.....	42
XI.	Fases metodológicas.....	44
XII.	Recolección de datos e información.....	47
XIII.	Procesamiento de datos.....	48
XIV.	Análisis de datos y resultados.....	49
XV.	Cuestiones administrativas.....	50
XVI.	Cronograma.....	51
XVII.	Presupuesto.....	52
XVIII.	Bibliografía.....	53

PROYECTO (DISEÑO DE INVESTIGACIÓN)

I.	Diseño de la propuesta de intervención.....	55
	Matriz lógica	
II.	Implementación de la propuesta de.....	59
	Intervención	
III.	Evaluación de la propuesta de.....	62
	Intervención.....	
IV.	Anexos	

INTRODUCCIÓN

El presente estudio consta de dos partes:

El diseño de la investigación que fue realizado para tener un diagnóstico de la situación actual del Sistema Nacional de Salud en cuanto a los recursos humanos

En base a este diagnóstico se realizó el proyecto (diseño) de intervención enmarcado en la planificación estratégica y dentro del marco lógico

**PROYECTO
DE
INTERVENCIÓN**

RESUMEN

Título del proyecto:

Elaboración e implementación de la Carrera Sanitaria

Localización:

Alcance nacional

Instituciones:

Ministerio de Salud y Previsión Social. ONGs.

Duración del proyecto:

3 años.

Costo total:

26.000 \$

10.000 \$ recursos propios

16.000 \$ ONGs.

El presente estudio pretende dotar de un instrumento técnico y legal que permita una adecuada gestión de RR.HH. evitando la improvisación en su incorporación al Sistema de Salud; la inestabilidad laboral en los diferentes niveles del sector, irregulares procesos de reclutamiento y selección así como la falta de incentivos económicos. Para de esta manera contribuir a mejorar los indicadores de morbilidad y mortalidad de nuestro país.

I. ANTECEDENTES

Entre las necesidades y las demandas que tiene la sociedad en su conjunto en materia de salud por una parte, y las posibilidades de atención y de satisfacción de las mismas con que cuenta el Estado y la Empresa Privada, por otra, existe un marcado desequilibrio que se expresa en el déficit del lado de la oferta en relación a los factores fundamentales que hacen a la provisión de servicios: recursos humanos, recursos materiales, recursos tecnológicos y recursos financieros. Y entre estos recursos y su escasez la preocupación mayor está puesta en los Recursos Humanos, por cuanto dependiendo de su cantidad, calidad y la forma como se distribuyen y aprovechan, es que se da el desarrollo del Sector y, por ende, la efectivización de las políticas y las estrategias públicas que pretenden, sobre todo, la disminución de los niveles acentuados de morbilidad y mortalidad, que caracterizan al país.

El desequilibrio entre la demanda y la oferta en materia de salud tiene su expresión viva en la problemática de los recursos humanos, cuya formación y ejercicio profesionales son, a su vez, una expresión de la demanda y la oferta existentes en el ámbito de los servicios en salud, y que se manifiestan también en un desequilibrio fruto de un proceso histórico caracterizado por la fuerte influencia política que ha distorsionado todo intento de planificación para el uso y aprovechamiento adecuado de estos recursos. Los efectos negativos de este proceso, donde destacan las carencias y las deficiencias, tienen su raigambre tanto en la formación como en el ejercicio profesional la salud (Véase Gráficos N° 1 y 2).

En cuanto al primer componente se tiene:

- Excesiva cantidad en la formación de RR.HH. en las facultades estatales de Medicina, lo que trae consigo una masificación de egresados y profesionales del sector médico lo que origina diversas contingencias:
 - a) Falta de continuidad en la prestación de servicios
 - b) Poca credibilidad de la comunidad
 - c) Permanente rotación de RR.HH.
 - d) Bajas coberturas de atención
 - e) Elevados indicadores de morbilidad y mortalidad.

- Por otro lado en las facultades de Medicina del sector privado existe un aumento incipiente en la formación de RR.HH. que origina una competencia, pero de baja calidad.

El denominador común en ambos sectores es la baja cualificación de RR.HH. en salud.

En cuando al segundo componente, de los tres sectores proveedores de servicios: privado, público y autárquico, se tiene el hecho de que los dos últimos son acentuadamente dependientes del Estado, en los aspectos económico, político y social. Esta dependencia origina:

- a) Improvisación de los RR.HH. en salud
- b) Inestabilidad laboral en los diferentes niveles (alto índice de rotación)
- c) Irregulares procesos de reclutamiento y selección
- d) Discontinuidad en el desempeño
- e) Desinterés en el trabajo por falta de motivación
- f) Bajos salarios
- g) Alto porcentaje de administrativos en relación al personal médico.

Como una contrapartida, en el sector privado hay plena autonomía en los aspectos económico, político y social y, por tanto, es posible que los niveles de atención médica sean mejores.

Y en esta perspectiva, como un inicio de acción o intervención que posibilite una transformación del mismo, lo correcto es pensar que el PROBLEMA CENTRAL a investigar para su total comprensión, interpretación y, luego, transformación, está dado en los Recursos Humanos en Salud que, por las deficiencias que detentan, inciden marcadamente en dos aspectos fundamentales, e inherentes a los componentes descritos:

- a) La mala imagen profesional
- b) El inadecuado funcionamiento institucional.

Estos aspectos inciden, a su vez, en incredulidad e insatisfacción en la demanda real de salud respecto al sector público, y dado que al privado es difícil acceder por los elevados costos, esto supone la atención inadecuada de la salud (curanderos, autoindicaciones, etc.) o, incluso, la desatención total; todo ello contribuye a que los niveles elevados de morbilidad y mortalidad, no tengan un descenso importante.

GRÁFICO N° 1

MARCO POLÍTICO

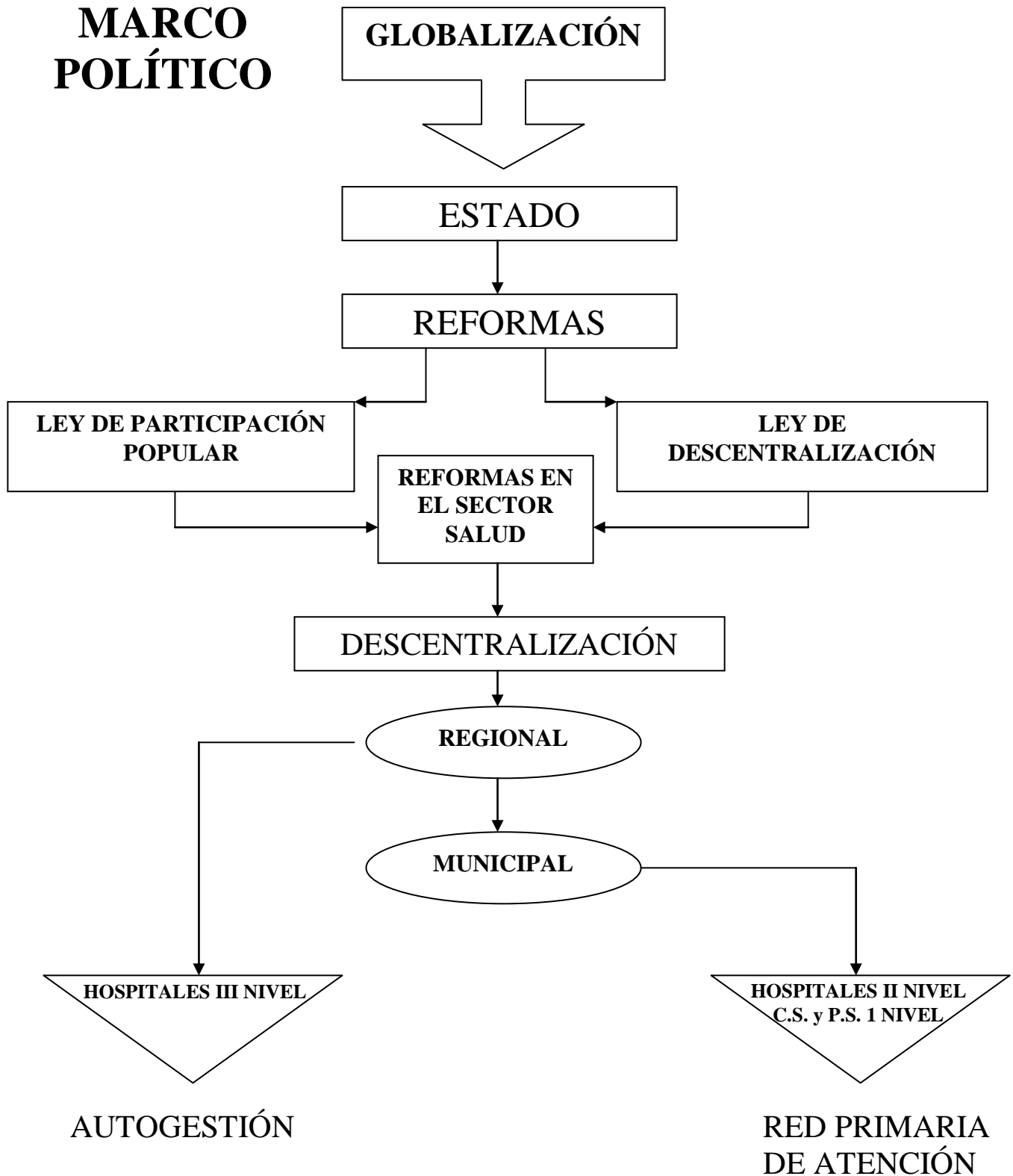
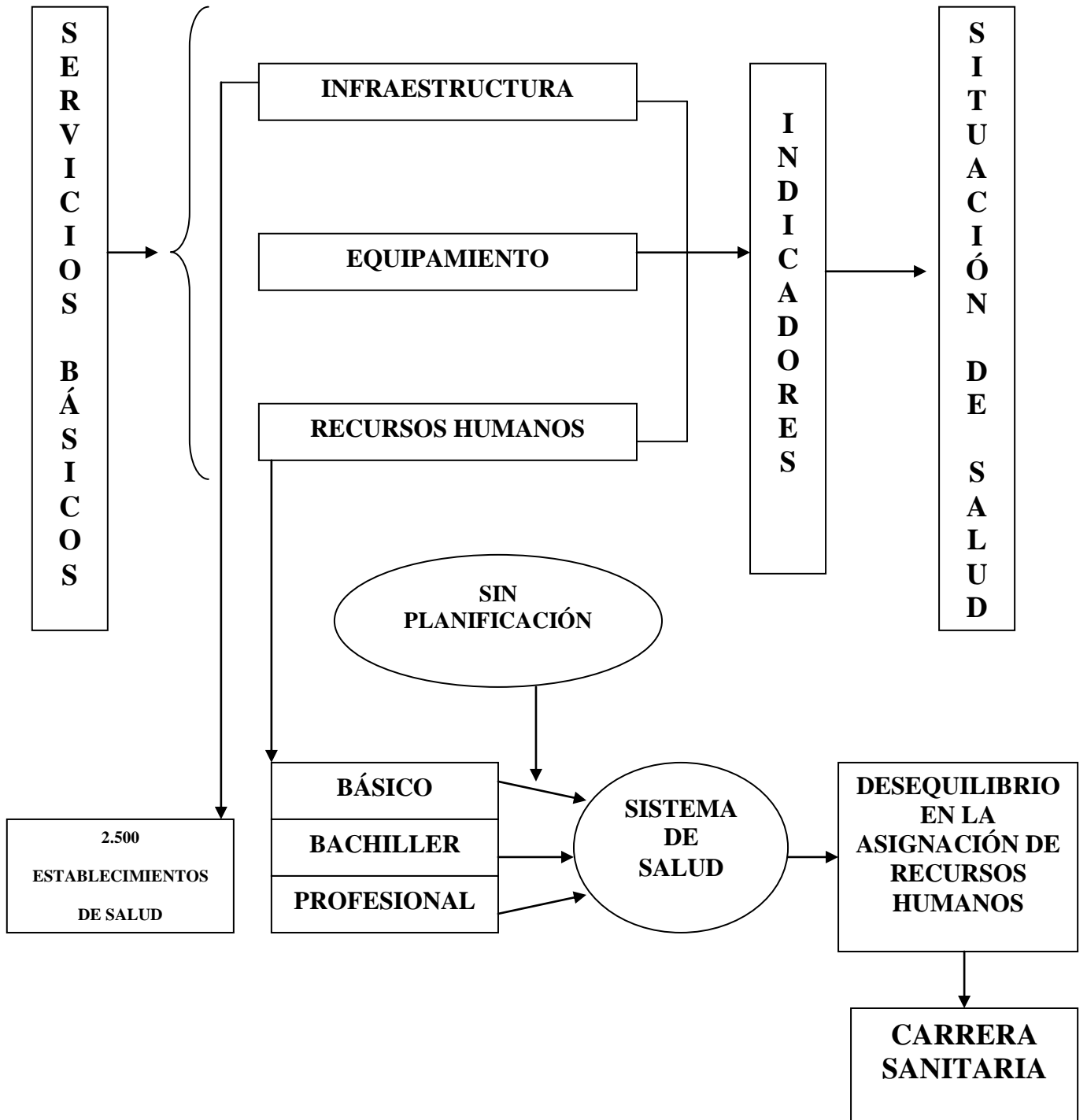


GRÁFICO N° 2

MARCO CONTEXTUAL

SERVICIOS DE SALUD



II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En base a los antecedentes expuestos es posible plantear de manera mas concreta el problema a investigar y que de manera definitiva tiene que ver con el desequilibrio existente en los Recursos Humanos en Salud, cuya cantidad, calidad, distribución, rotación y aprovechamiento no son adecuados en el momento actual respecto a las demandas de la sociedad (Véase Gráfico N° 3,4,5).

Al respecto, sabiendo que mucho de esta situación tiene que ver con la influencia política, la deficiente gestión estatal, las escasas posibilidades económicas y el inadecuado conocimiento de la sociedad, que gravitan enormemente en la formación y el desempeño profesional en salud, cabe formularse el problema en términos de una interrogante a resolver:

¿Será que la elaboración e implementación del Reglamento de la Carrera Sanitaria resulte una solución a los diversos problemas mencionados, a partir de realizar una investigación explicativa que dé cuenta de los factores causales que hacen o inciden en el funcionamiento inadecuado de los Recursos Humanos en Salud, en el Sector público?

Una vez formulado el problema es posible definirlo en términos de tiempo y espacio. En efecto, así es posible pensar que este estudio es de tipo transversal y que se realizará en el transcurso de un año y que es un estudio de carácter universal, por la inventariación exhaustiva de los RR.HH. en Salud que se realizará, lo que supone una cobertura nacional, a nivel de toda la estructura sanitaria: SEDES, DISTRITOS y ÁREAS. Una mayor precisión se encontrará en la definición de la Unidad de Investigación a plantearse.

Previo a ello, sin embargo, es necesario aclarar que, en la búsqueda de factores causales que expliquen el problema central del desequilibrio en los RR.HH., es posible convenir que de este problema se derivan otros muchos, pero, que sólo interesan a efectos de esta investigación aquellos referidos al desempeño institucional, y que se señalan a continuación:

- Improvisación de los recursos humanos del sistema de salud.
- Inestabilidad laboral en los diferentes niveles del sector.
- Irregulares procesos de reclutamiento y selección
- Discontinuidad en las funciones
- Falta de evaluación del desempeño.
- Falta de educación permanente en todos los recursos humanos.
- Desapego y desinterés en el trabajo por falta de motivación
- Inadecuada distribución de los recursos humanos.
- Falta de incentivos económicos y de desarrollo.
- Bajos salarios e insatisfacción permanente.
- Otros

Estos problemas específicos derivados del problema central, permitirán el planteamiento de posibles soluciones, es decir, hipótesis que relacionen variables con sentido causal y lo cual es motivo de tratamiento del próximo acápite.

GRÁFICO N° 3

ANTECEDENTES, PROBLEMA Y SOLUCIÓN

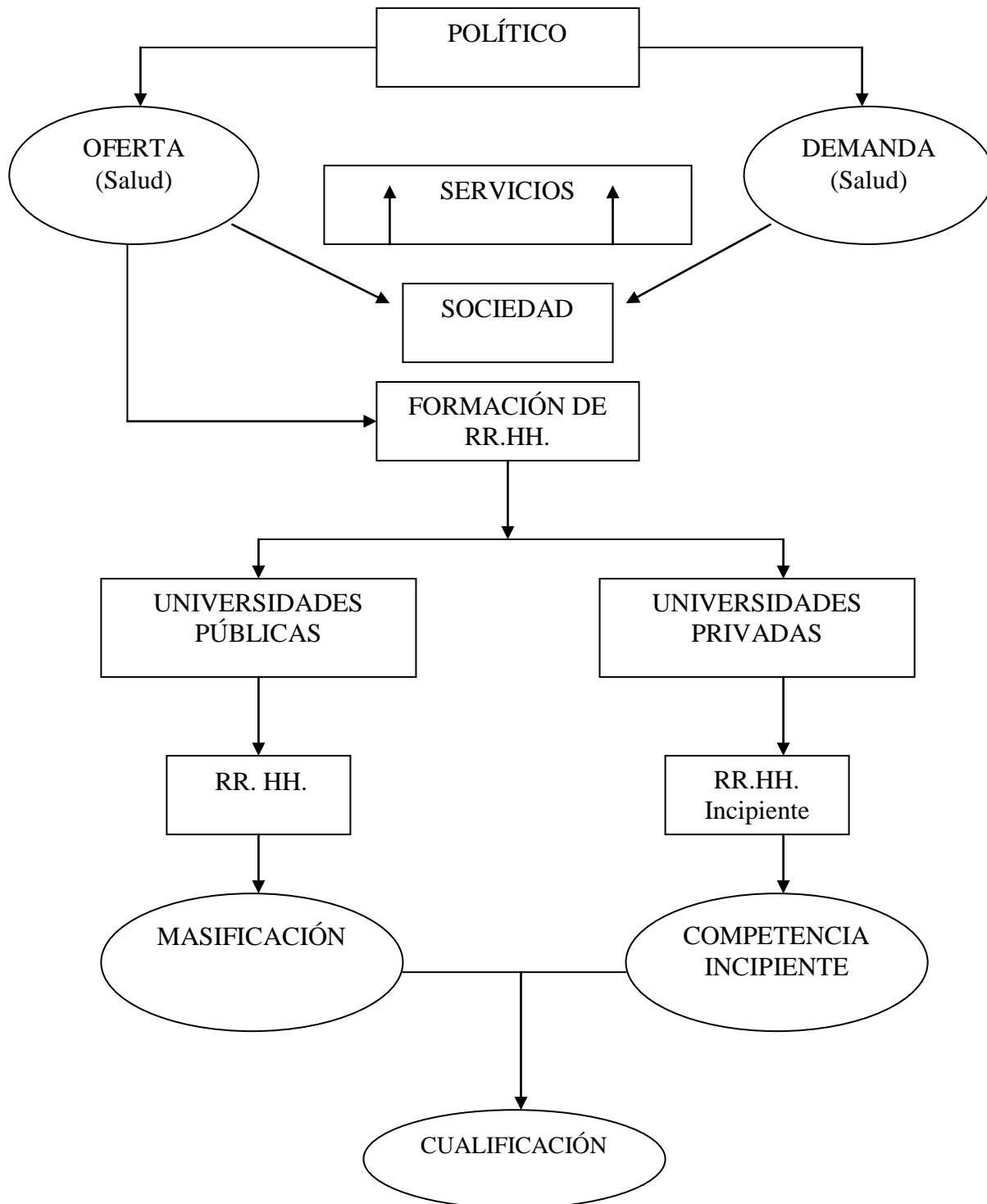


GRÁFICO N° 4

ANTECEDENTES, PROBLEMA Y SOLUCIÓN

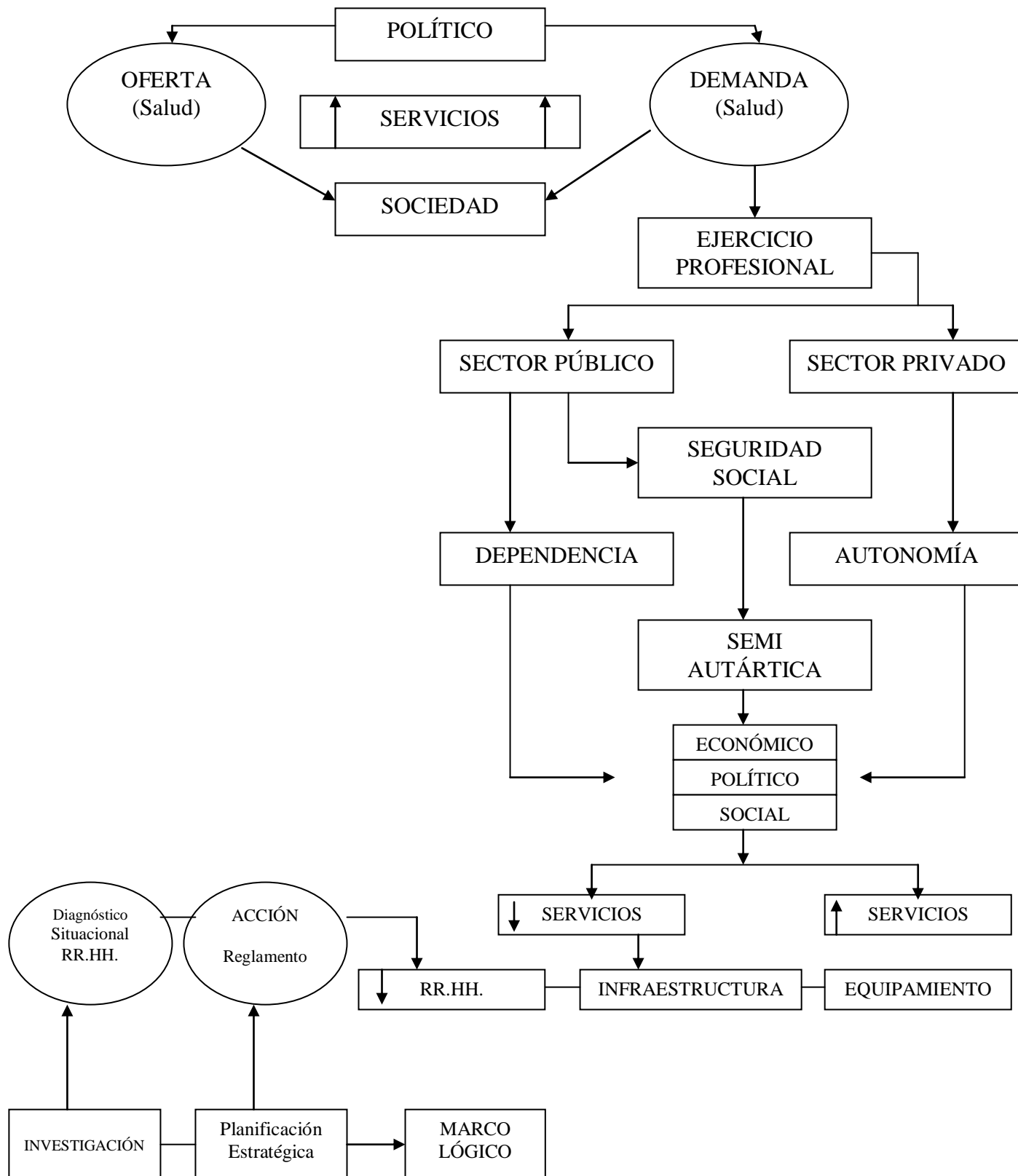
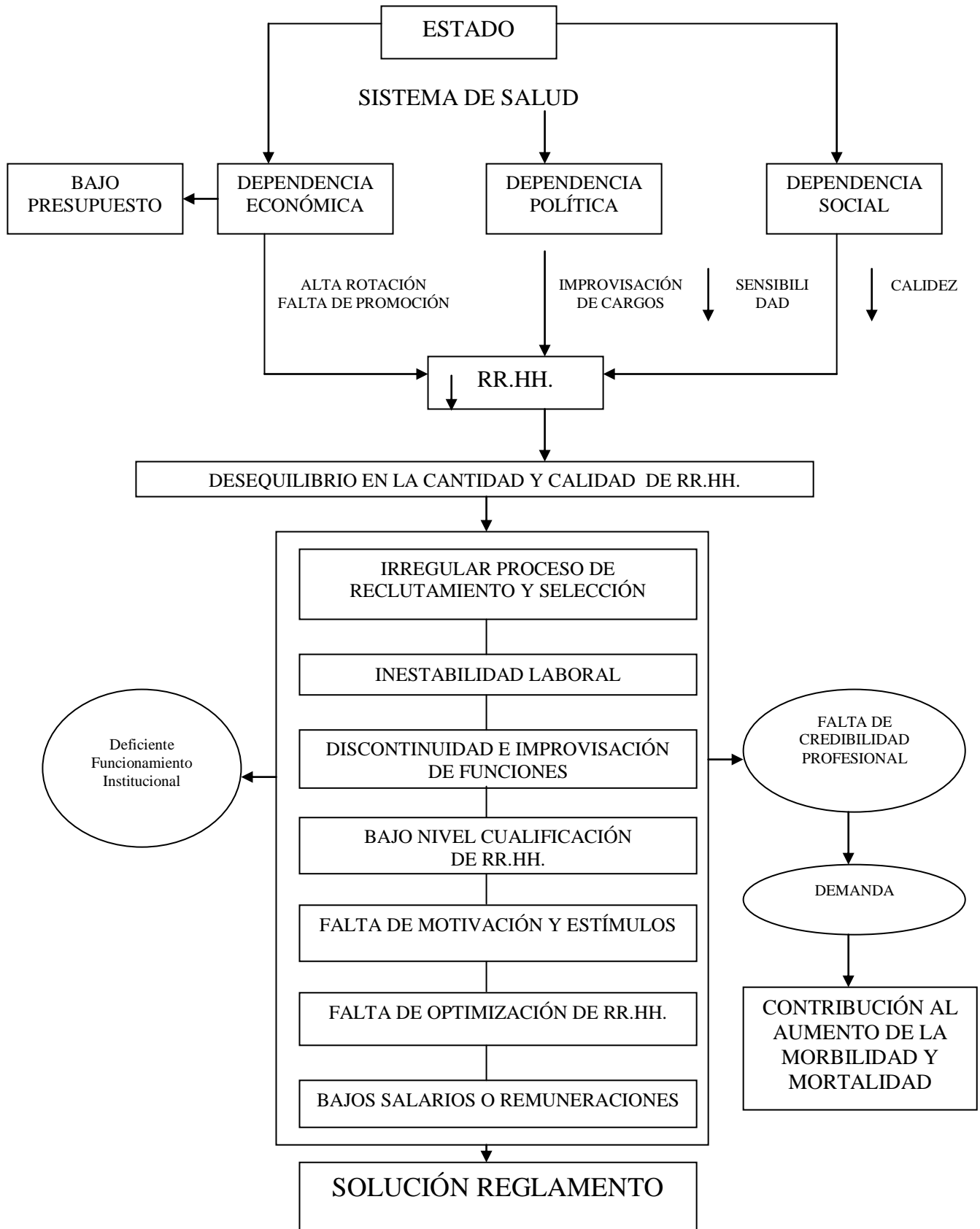


GRÁFICO N° 5

PROBLEMA CONTEXTUALIZADO



III. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

De manera general, en esta investigación hipotéticamente se sostiene que para el funcionamiento inadecuado de los RR.HH. en Salud (efecto) existen factores externos al Sistema Nacional de RR.HH. en Salud y factores internos inherentes a él (causas).

Luego, como hipótesis de trabajo se sostiene que lo importante a resolver son los factores internos directamente asociados al efecto, y que indirectamente gravitarán sobre los factores externos en sentido de disminuir la dependencia respecto a éstos.

De manera específica, en un sondeo preliminar o estudio exploratorio, esos factores han sido identificados como posibles causas a determinarse en su relacionamiento con el inadecuado funcionamiento de los RR.HH. en Salud. Este planteamiento, en consecuencia, puede ser catalogado como un estudio multicausal, dado que son muchos los factores influyentes, entre los que se han privilegiado a siete que se señalan a continuación:

X1: Irregular Proceso de Reclutamiento y Selección

X2. Inestabilidad Laboral

X3: Discontinuidad e Improvisación de Funciones

X4: Bajo Nivel de Cualificación de RR.HH.

X5: Falta de Motivación y Estímulos

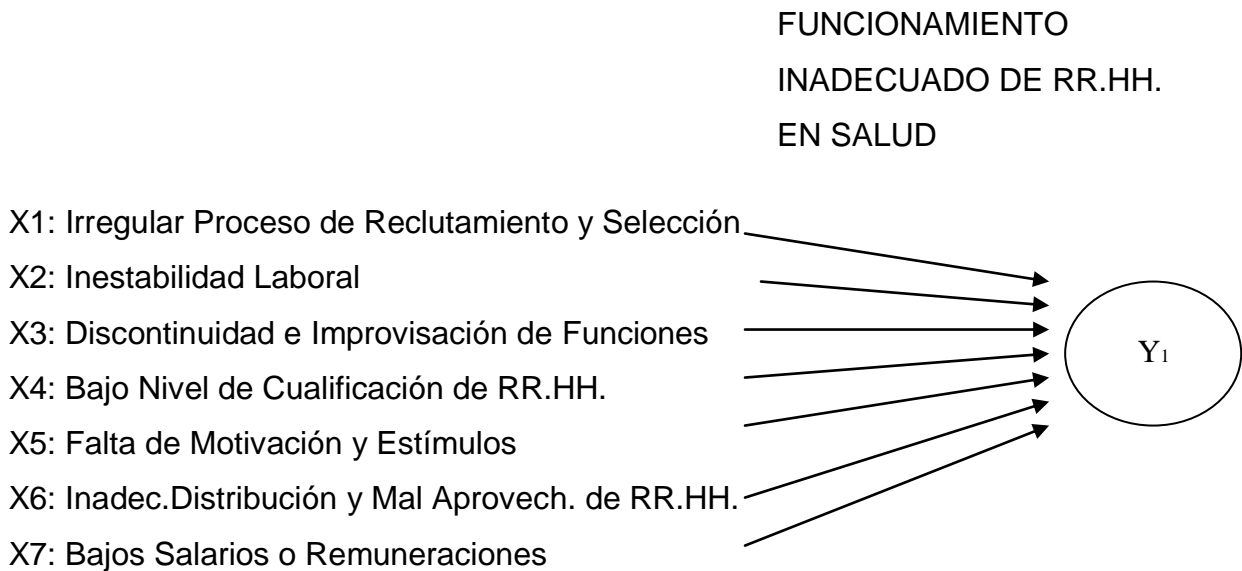
X6: Inadecuada Distribución y Mal Aprovechamiento de RR.HH.

X7: Bajos Salarios o Remuneraciones

IV. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Las variables identificadas en las Hipótesis tienen un carácter cualitativo y, así como están planteadas, pueden medirse de manera directa. (Para una mayor comprensión obsérvese el Gráfico N° 6)

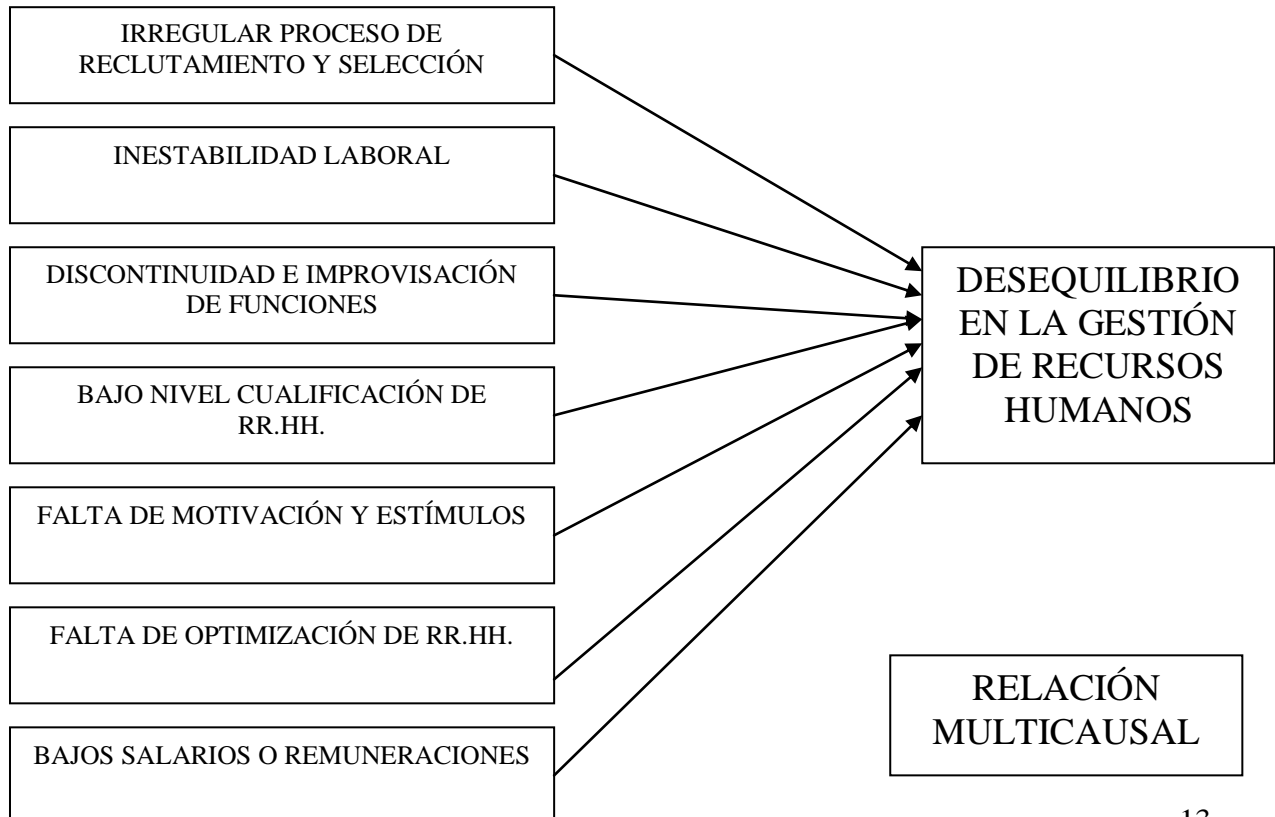
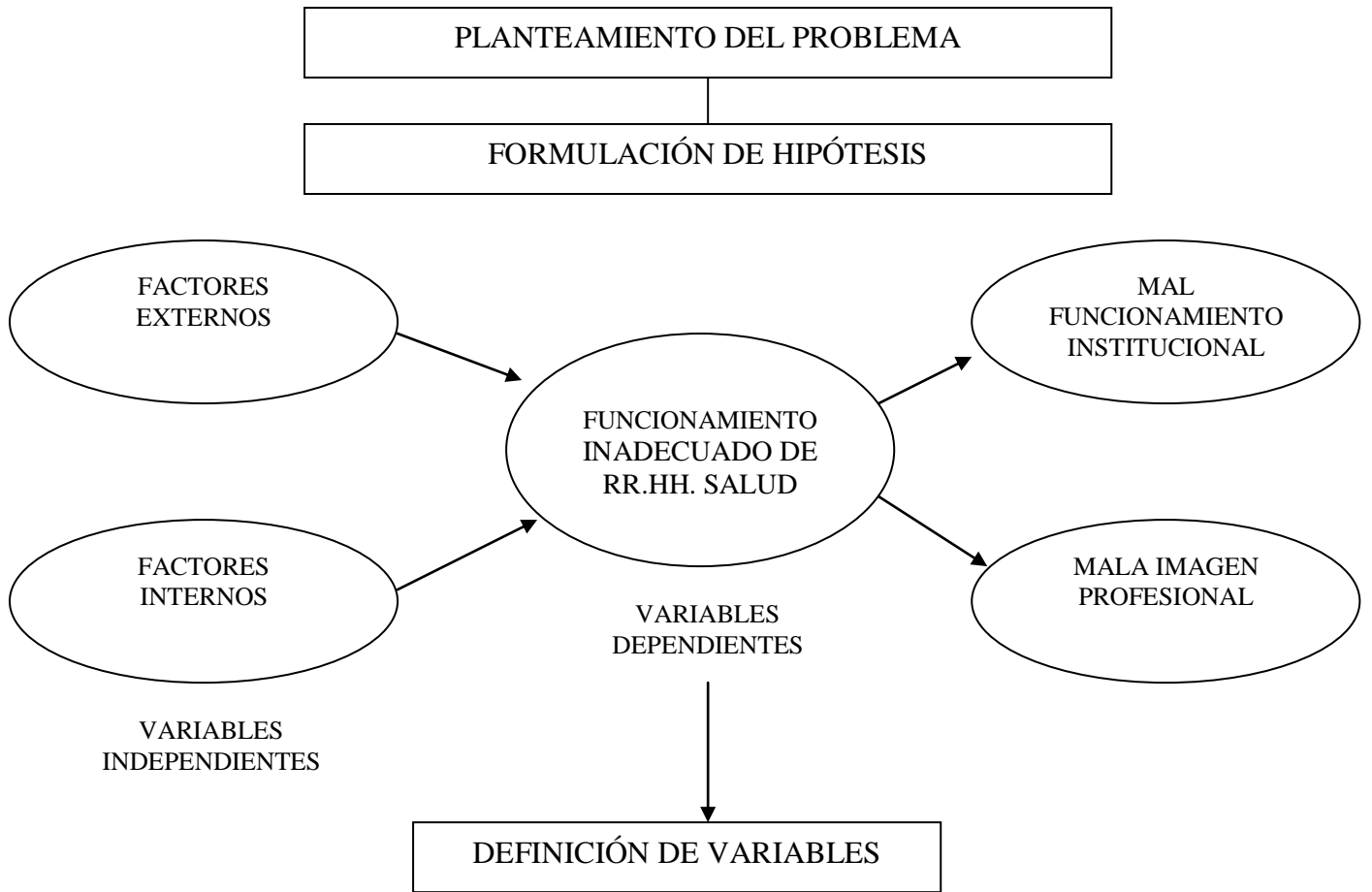
Definición de Variables (Gráfico N° 6)



➡ Relación Multicausal

Es de hacer notar que el efecto, funcionamiento inadecuado de los RR.HH. en Salud se medirá a partir de verificar sus atributos negativos relativos a la calidad y la calidad que le son propios (Véase Gráfico N° 7).

GRÁFICO N° 7



V. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

La forma cómo se relacionan las variables entre sí, y de manera en que se desagregan para su verificación cuantitativa se establecen en el Cuadro N° 1 a continuación que sólo operacionaliza algunas variables a título ilustrativo, porque el hacerlo con todas no ha sido posible todavía porque aún faltan datos institucionales por verificar.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Cuadro N° 1)

VARIABLES	DESCOMPOSICIONES			
Variables Independientes	DIMENSIÓN	INDICADORES	MEDIDAS	ESCALAS
X1A PROCESO RECLUTAMIENTO	PERSONAL PLANTA	CONVOCATORIA PÚBLICA EXÁMEN COMPETENCIA CONCURSO DE MÉRITOS INFLUENCIA POLÍTICA NEPOTISMO PERSPECTIVA GÉNERO	AVISOS PRENSA/AÑO EVENTOS/AÑO EVENTOS/AÑO NÚMERO DE CASOS/AÑO NÚMERO DE CASOS/AÑO Mujeres/Hombres por AÑO	INTERVALAR
X1B PROCESO SELECCIÓN	PERSONAL PLANTA	CALIF. EXPEDIENTE MÉRITOS INTERÉS PERSONAL INFLUENCIA POLÍTICA	REVISIÓN EXP./Tiempo empleado PUNTUACIÓN ESTABLECIDA Nº DE CASOS CARGOS ALTOS REC. ENCARG. SELECC. Nº CASOS CARGOS ALTOS RESIS. X REC. POLÍTICA	INTERVALAR
X2...	...	...	...	...
X3...	...	...	...	...
X4...	...	...	...	...
X5...	...	...	...	...

VI. JUSTIFICACIÓN

Los RR.HH. en el campo de la salud se constituyen en el capital máspreciado pues de su calidad, cantidad y distribución equitativa depende, en gran proporción, el desarrollo del sector y por consiguiente la implementación de las nuevas políticas de salud.

En los últimos veinte años los países de la región han experimentado profundos cambios culturales, sociales, políticos y económicos que han modificado su realidad. El perfil epidemiológico al interior de ellos se ha tornado más heterogéneo y la resolución de los problemas de salud parece depender cada vez más de múltiples factores extrasanitarios. Del mismo modo, los hábitos de vida, las necesidades y expectativas de las personas han cambiado y también sus demandas en salud.

Debido a ello, los que hasta ayer parecían arreglos institucionales apropiados para el manejo de los problemas de salud, hoy son percibidos por las personas y actores relevantes al interior de los gobiernos como insuficientes o poco adecuados y ha surgido la necesidad de buscar nuevas formas de organización para los sistemas de salud. Es en este contexto donde emergen los procesos de reforma de la presente década.

Si nos referimos a la calidad y la orientación con la que los RR.HH. se forman, y como se insertan en el mercado laboral para producir servicios de salud, encontraremos un panorama complicado. Las razones o factores que han llevado a estos problemas son múltiples. Entre los que podemos señalar en las últimas décadas: ha existido un constante incremento de RR.HH. en salud superando la capacidad empleadora del país, y un permanente crecimiento de estos recursos en el área administrativa.

Por lo señalado anteriormente el presente estudio pretende dotar de un instrumento técnico y legal que permita una adecuada gestión de RR.HH. evitando la improvisación en su incorporación al Sistema de Salud; la

inestabilidad laboral en los diferentes niveles del sector, irregulares procesos de reclutamiento y selección, así como la falta de incentivos económicos.

El sistema actual de Salud Pública caracterizado por la improvisación permanente, inestabilidad laboral, discontinuidad de políticas y objetivos, desmotivación de RR.HH., bajos niveles de rendimiento y otros problemas, muestran la imperiosa necesidad de contar con políticas y normas que regulen el proceso de gestión de RR.HH. en el sector público de salud. Hacia ello se encamina esta Propuesta de Investigación-Acción.

VII. OBJETIVOS

VII.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar vía investigación los factores internos, en tanto causas, para el inadecuado funcionamiento de Recursos Humanos en Salud, en el Sector Público, de manera tal que se pueda en base a ello implementar un Reglamento de la Carrera Sanitaria, como una adecuada solución (acción).

VII.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer Diagnósticos Situacionales acerca de cada uno de los factores causales para el mal funcionamiento de los Recursos Humanos en Salud (X1, X2, X3, X4, X5, X6, X7 en relación a Y1).

- Crear Subsistemas, al interior del Reglamento, de Manejo de Recursos Humanos en Salud a nivel nacional, a partir de los factores problemáticos causales:

X1: Irregular Proceso de Reclutamiento y Selección de Persona.

X2; Inestabilidad Laboral

X3: Discontinuidad e Improvisación de funciones.

X4 Bajo Nivel de Cualificación de RR.HH.

X5 Falta de Motivación y Estímulos para el desarrollo de éstos.

X6: Inadecuada Distribución y Mal Aprovechamiento de RR.HH.

X7; Bajos Salarios y Renumeración para éstos.

VIII. FUNDAMENTO TEÓRICO

VIII.1. REFORMA SECTORIAL CON COMPROMISO SOCIAL

Los procesos de reforma en curso en los diferentes países de América latina y el mundo son fundamentales para la salud por abordar, con mayor o menor profundidad, valores, principios, organizaciones y prácticas que pueden tener un impacto significativo en la situación de salud de las poblaciones y en la organización de los sistemas y de los servicios de salud, objetos esenciales de intervención en la salud contemporánea.

Los procesos de reforma no son un fin en si mismos, deben entenderse como procesos destinados a mejorar el desempeño de los sistemas y servicios de salud en términos de equidad, efectividad, calidad, eficiencia, sustentabilidad y participación social, para satisfacer las necesidades de salud de la población de conformidad con el sistema de valores y aspiraciones de la sociedad a la que sirven.

Desafortunadamente, la mayoría de los procesos de reforma del sector salud en América Latina han sido motivados casi exclusivamente por la necesidad de reducir costos y gastos en lugar de ocuparse por mejorar la salud de nuestras poblaciones. De allí que han concentrado sus esfuerzos en la reorganización de los sistemas de financiamiento y de los servicios de atención a las personas. Muy pocas reformas consideran o incluyen otros componentes tales como la salud ambiental, medidas de alcance colectivo, funciones esenciales de salud pública o las simplificaciones de la cultura y la economía en la salud o de los recursos humanos.

VIII.2. EL IMPACTO DE LAS REFORMAS SANITARIAS SOBRE LOS TRABAJADORES Y SU DESEMPEÑO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Para analizar el impacto de las reformas sectoriales sobre los trabajadores y su desempeño se encierra un marco de referencia más allá de los límites institucionales del sector de la salud. Al respecto cobran importancia las reformas estatales y los correspondientes cambios en la administración pública, tanto por la reducción del personal que se llevó a cabo en muchos países, como por los cambios normativos que abren paso, entre otras posibilidades, a modos más flexibles de empleo público. También es importante tener en cuenta los cambios en la situación y en las normas generales de empleo de las economías nacionales, configuradas por las llamadas reformas laborales.

A finales de los años noventa, los países de América latina y el Caribe estaban recuperando su dinamismo económico. Aunque seguía habiendo mucho desempleo (en particular entre las mujeres y la juventud), había una tendencia a recuperar el trabajo, un mayor número de mujeres se incorporaba al mercado laboral, y millones de personas migraban hacia las ciudades. Sin embargo, los salarios seguían siendo bajos y desiguales y la pobreza aumentaba. Algunos de los adelantos logrados a principios del decenio estaban en peligro. En ese marco, los mercados laborales manifestaban cinco tendencias:

- *De formales a informales*, durante los últimos años el trabajo informal ha aumentado en casi todos los países de la región, llegando en algunos de ellos a constituir 85% del empleo global. De cada 10 nuevos puestos de trabajos creados en los últimos 17 años, ocho han pertenecido al sector no estructurado de la economía.
- *De bienes a servicios*: ochenta por ciento de los nuevos empleos se han creado en el sector de los servicios, que es el menos afectado por la

competencia externa. Aunque la expansión del campo público en el campo de la salud se ha detenido en la mayoría de los países, el Estado sigue siendo una fuente de empleo importante en América Latina.

- *De baja a alta calificación*, a diferencia de lo observado en las últimas décadas, actualmente se aprecia una mayor demanda de mano de obra calificada. Ello obedece a la orientación de los procesos productivos hacia el ajuste mediante el incremento de la productividad.
- *Hacia una mayor flexibilidad* en las relaciones individuales de trabajo: se aprecia un aumento de las formas atípicas de contratación, que va de la mano con la tendencia a la inestabilidad de dichas modalidades contractuales.
- *Hacia la autorregulación* de las relaciones colectivas: se ha abogado por quitar de manos del Estado la regulación de los mercados de trabajo, pero como no se ha dado la esperada autorregulación, el Estado está ausente y a la vez se generan distorsiones e inestabilidad laboral.

También deben tenerse en cuenta las reformas educacionales promovidas en muchos países. Los cambios de regulación y reforma en torno a la apertura de escuelas y programas de educación a nivel del pre y post grado en materia de salud se han realizado en algunos casos mediante nuevas leyes universitarias que han permitido nuevas relaciones entre el Estado y la universidad pública (que apuntan a redefinir el financiamiento y la función de la institución en la sociedad y en la economía). Generando cambios importantes en la política educativa y en la gestión institucional que pretende mejorar la formación profesional y técnica.

Dentro del propio sector de la salud, algunos procesos incluidos en las reformas han contribuido a cambiar las condiciones y las relaciones laborales en los servicios de salud. En el cuadro No. 2 se intenta ilustrar los procesos reformistas y los cambios que provocan.

Cabe destacar algunos puntos críticos que permiten caracterizar la dinámica social e institucional generada como consecuencia de los cambios en los sistemas de atención. En primer lugar, la existencia de actores sociales e interés corporativos

múltiples, dinámicos y conflictivos exige un proceso muy complejo de construcción de consensos y acuerdos, como base para las políticas en torno al recurso humano. En segundo lugar, se tiende a poner en tela de juicio las ideas fundamentales sobre el personal y su trabajo, intentándose sustituirlas por visiones sociales e institucionales integrales. En ello hay ecos de visiones políticas que hacen hincapié en el derecho a la salud, siendo ciudadanos el personal y la población usuaria, y de nuevos paradigmas organizacionales basados en el capital humano y en el papel de los conocimientos como fuerza productiva.

En tercer lugar, se tiende a mirar con ojos críticos los estilos de planificación, gestión y educación vigentes en los sistemas de servicios de salud. Por lo tanto aparecen:

- 1) Un nuevo enfoque de la planificación que valora la visión estratégica y la construcción participativa según la realidad local.
- 2) Un estilo de gestión de personal que subordina lo administrativo y subraya la organización, las relaciones sociales e institucionales y cuestiones de poder.
- 3) En lo referente a la educación de personal, la negación de la mera capacitación reproductora, vertical y centralista, y su sustitución por una práctica educacional basada en la premisa del trabajo como factor y espacio educativo, en el aprendizaje de adultos, en el constructivismo cognoscitivo y en la búsqueda activa de aprendizajes significativos sobre la base del rescate del saber y la experiencia del trabajador o aprendiz.

Cuadro No. 2. Impacto de las reformas sobre el desempeño del personal de Salud

Aspectos principales de las reformas	Implicaciones para el trabajo del personal
<ul style="list-style-type: none"> • Descentralización • Cambios en los ministerios; funciones y estructuras • Cambios en el financiamiento y en los sistemas de pagos • Nuevas modalidades de gestión: externalización o contratación de terceros, compra de servicios, autonomía de servicios, etc. • Cambios en los modelos de atención, tanto en sus aspectos básicos como en su complejidad • Extensión de la cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor resolución • Nuevas funciones y áreas de competencia • Exigencia de mayor calidad y productividad • Cambios en organización de trabajo y conformación de equipos. • Nuevas formas de contratación • Énfasis en el desempeño y su evaluación • Cambios en los sistemas de incentivos • Regulación de los procesos de desarrollo de recursos humanos

Fuente: Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS, 1999

Pese a estas señales de cambio, en muchos servicios sigue habiendo condiciones y practicas subdesarrolladas y poco eficaces. Persiste la escasez de información oportuna y de calidad para la toma de decisiones en materia de recursos humanos.

Al mismo tiempo se observa poco profesionalismo entre los responsables de la gestión de los recursos humanos, terreno restringido a las jefaturas de personal en vez de ser función de la dirección del servicio. Sigue habiendo una gestión basada en una práctica exclusivamente administrativa y no de proyección al desarrollo del recurso humano.

VIII.3. ¿QUE OCURRE CON EL RECURSO HUMANO Y SU TRABAJO EN LOS SERVICIOS DE SALUD?

El cuadro de la situación que se presenta a continuación proviene de información reciente (junio de 1999) recogida en los nueve países de la región (Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Jamaica, México, Panamá y Perú) que participan en el Observatorio de recursos humanos. La finalidad de esta red de grupos interinstitucionales nacionales comprometidos con el estudio de los recursos humanos de salud es doble:

- 1) Contribuir a la definición de políticas en torno a los recursos humanos y realizar el seguimiento y la evaluación de los procesos de personal y empleo en las reformas sectoriales.
- 2) Algunos aspectos se refieren a situaciones problemáticas; otras podrían llevar a cambios favorables en la gestión de recursos humanos y en un mejor desempeño laboral en los servicios.

3.1. Flexibilidad e inestabilidad laborales en el campo de salud

La tendencia a establecer modalidades flexibles en los contratos de trabajo fue identificada de manera explícita en seis de los nueve países señalados y se conoció de su existencia en varios otros países que no participan en el Observatorio. Muchas de las propuestas de leyes laborales en la región adoptan el incremento de la flexibilidad como criterio esencial para disminuir los costos laborales y generar condiciones que favorezcan la competencia. Se trata de la adopción de criterios de flexibilidad externa, ligada a la necesidad de ajustarse a las fluctuaciones del mercado laboral mediante una redefinición de las condiciones del contrato o la disolución del vínculo laboral, en menoscabo de la estabilidad laboral, y los beneficios sociales. Como una de las consecuencias del proceso de globalización que actualmente vivimos.

De una manera general, existen simultáneamente marcos y mecanismos de gestión de personal inflexibles y copiosos en lo normativo, con la creciente tendencia a la flexibilidad acompañada de inestabilidad en el empleo para el sector

público, ello ocurre en un contexto de mayor descentralización y de estrictas restricciones presupuestarias.

En el Brasil se informó la existencia de más de 15 formas de vinculación laboral en el sector público y en el marco de la gestión municipalizada, la creciente aparición de formas flexibles de contratación (temporales, en "comisión", etc.). En el Ecuador, en un contexto de marcado deterioro del salario, aparecen formas más flexibles de contratación que sustituyen de facto las formas de contratación legalmente vigentes. En Costa Rica se están emitiendo disposiciones legales que crean condiciones para la subcontratación o tercerización de ciertos servicios (de vigilancia, lavandería, aseo, etc.) y para la flexibilidad contractual (de tiempo, producto y demás) en el marco de los contratos de gestión y de las modalidades de compra de servicios de salud. En el Perú las formas flexibles de contratación de personal se están usando para instrumentar políticos de recuperación de servicios, de aumento de la cobertura y de promoción de formas de autogestión comunitaria de servicios. Una proporción significativa del personal (unas 10.000 personas) tiene contratos flexibles, pero en situación precaria y sin protección social.

Panamá informó que hay flexibilidad sin protección y con inestabilidad laboral bajo numerosas modalidades de contratación temporal, donde se observa una tendencia al desempleo, al empleo múltiple y al subempleo. El Salvador informó la existencia de empleo múltiple y de protección laboral debido a una observación limitada del código de trabajo.

3.2. En el área de la regulación

Este aspecto es relativamente nuevo. Si anteriormente la disyuntiva se planteaba en la planificación y el mercado, actualmente se replantea como una tensión entre la regulación y el mercado. En el sector de la salud este fenómeno se sitúa en el concepto de una mayor complejidad institucional y de nuevos modos de producir y financiar la atención de la salud. Los distintos agentes que participan en la provisión de servicios de salud persiguen sus propios objetivos e intereses, que

con frecuencia entran en conflicto. Las reglas de juego (regulaciones) son, por lo general, el resultado del poder, de los recursos y de la habilidad y oportunidad de estos agentes. Los modelos de regulación contemplan mecanismos para definir procesos, como la práctica profesional, la educación, y los estándares técnicos que estos procesos deben alcanzar.

Se utilizan en estos casos variables como los mecanismos de entrada al mercado (que incluyen el licenciamiento y la certificación) o a la carrera (examen de ingreso o de selección), el control de la competencia profesional, la estructura del mercado de trabajo y los mecanismos de pago. Salvo en algún caso (México), se informan situaciones de una regulación insuficiente y conflictiva, o incluso de una esencia (Panamá) de los procesos relacionados con pocos recursos humanos. En todos los casos queda claro que el aspecto regulador, en el marco de una nueva manera de entender la función de la autoridad sanitaria, radica en el programa del sector de la salud.

La regulación de la formación de los profesionales de la salud plantea una situación crítica. Por un lado, hay una divergencia, que en ocasiones puede ser conflictiva entre las competencias de los ministerios de salud y educación en casi todos los países. El resultado es una regulación insuficiente de la educación en sus diversos niveles (técnico, profesional y superior). En algunos casos la situación es más compleja, pues han surgido instituciones no gubernamentales con la misma finalidad (por ejemplo en Chile y México para la formación de especialistas). La situación se complica aun más en aquellos casos en que los Ministerios de Salud han visto deteriorarse sus unidades de desarrollo de recursos humanos y desaparecer los mecanismos reguladores (comisiones de residencias medicas, por ejemplo), la capacidad de negociación, o las instancias de concertación con las corporaciones que se había logrado generar (Ecuador y Perú).

En el momento actual, la búsqueda de marcos y mecanismos para la regulación del ejercicio profesional (ligados o no a sistemas de educacional continua) o para el perfeccionamiento de los profesionales en ejercicio (México, Jamaica) es una

inquietud general. Hay numerosas experiencias, aunque poco conocidas, de certificación profesional y, en mucho menor número, de recertificación de especialidades o de competencia profesional.

En lo referente a la regulación de los mercados laborales, la actual tendencia a la flexibilidad sin protección (vide supra) parecería indicar un auge de la desregulación. El gran desafío es la generación a corto plazo de una nueva regulación, tanto de las relaciones individuales como de las colectivas de trabajo, explorando la posibilidad de ofrecer flexibilidad con protección, como la planteó el grupo del Perú. Ese y no otro es el sentido del reciente reclamo de Amartya Sen ante la OIT, al denunciar el peligro de la inestabilidad laboral.

3.3. Los sistemas de incentivos para lograr mayor productividad

La instalación y evaluación de sistemas de incentivos para incrementar la productividad es común en la mayoría de los países examinados. La búsqueda de una mayor productividad en los ejercicios de salud forma parte indisoluble de las orientaciones y propuestas de las reformas sectoriales y es componente esencial de la racionalidad económica propia de dichos procesos, asimismo, es parte indispensable de una nueva gerencia, moderna y responsable, tan necesaria en todos los países.

La generación de sistemas de incentivos ha sido promovida activamente por organismos de cooperación financiera y se ha extendido con rapidez por la región. Sin embargo las experiencias - no siempre bien evaluadas - así como la evaluación de la literatura especializada sobre el tema, presentan resultados contradictorios. Los nueve países mencionados - unos como resultado de sus experiencias anteriores y actuales (Brasil, Chile, México y Perú) y otros por estar en proceso de instalar, restaurar no evaluar sistemas de incentivos. (Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Jamaica y Panamá) - resaltan la enorme importancia que revisten dichos sistemas.

El asunto de los incentivos es complejo y conflictivo, bien sea como objeto de análisis o como estrategia de intervención. Si, además, se lo vincula con la productividad, se incrementan su complejidad y su pertinencia para el desarrollo de los servicios de salud, factor que acarrea sus consecuencias para los trabajadores.

VIII.4. EL ASPECTO DE LA CALIDAD

El aspecto de la calidad figura destacadamente en las reformas del sector de la salud, en tanto que fomenta el mejoramiento del desempeño y de la educación del personal. En casi todos los países de la región se manifiestan:

- 1) La intención de impulsar o fortalecer una atención de mejor calidad, a veces de forma continua, en el contexto de procesos más amplios en el nivel estatal o de la administración pública (Chile y México).
- 2) La necesidad de evaluar y comparar experiencias nacionales con el objetivo de fomentar el aprendizaje institucional.

VIII.5. EL ASPECTO EDUCATIVO

El aspecto educativo tiene dos facetas principales: la educación para la preparación de profesionales y técnicos, y la educación para el desempeño del personal en activo.

Ambas han sufrido cambios muy notables como consecuencia de las reformas del sector y a su vez han tenido un impacto en dichas reformas. La formación educativa del personal profesional y técnico se definió unánimemente en términos de la inadecuación de los perfiles de salida ante los requerimientos sociales y epidemiológicos y de los servicios de salud. Actualmente, estos no requieren pro especialistas sino personal generalista para extender la cobertura o crear nuevos modelos de atención. Brasil resaltó además el aspecto económico del problema al señalar que en 1998 se gastaron US\$ 106 millones en becas para residentes de medicina. Ante la tendencia de las escuelas profesionales a modificar los planes de estudio como su principal estrategia de cambio, otros actores se expresan a

favor de evaluar y mejorar la calidad de la educación, regula la oferta educacional y reforzar el compromiso institucional de observar los requisitos de educación continua - y su articulación con mecanismos de regulación, como la certificación y recertificación - rectificación o formación profesional, a fin de mejorar el desempeño del personal auxiliar y técnico en activo.

La educación del personal activo ha sufrido grandes modificaciones a consecuencia de las reformas del sector y de los Propuestas de inversión que los financian en casi todos los países, con miras a apoyar la descentralización y al instalación de nuevas formas de organización y de gestión, se generan Propuestas (o componentes de Propuestas) de desarrollo institucional que responden a nuevos perfiles ocupacionales o a la inclusión de nuevas competencias en los perfiles actuales. Estos Propuestas han requerido la adopción de nuevos estilos de gestión de programas y Propuestas, generando un activo mercado de capacitación.

La gestión educacional regida por criterios de mercado, con cobertura de masa, impacto local y prácticas basadas en sistemas descentralizados y nuevos modelos de atención, plantea enormes desafíos para las unidades tradicionales de capacitación del sector público. Surgen así nuevas modalidades de gestión educacional como los fondos concursables (Chile, Costa Rica, Perú), las redes académicas como agentes de apoyo a los Propuestas (Brasil, Perú), las licitaciones internacionales y nacionales y nuevas modalidades educativas, como la educación a distancia y por encuentros.

VIII.6. EL IMPACTO DE LAS NUEVAS MODALIDADES DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS

En casi todos los países se ha tratado de superar la falta de flexibilidad y de resolver problemas que parecen irresolubles bajo el orden organizativo convencional. Se pueden enumerar las siguientes medidas:

- Nuevos modelos de atención con implicaciones importantes para la gestión del trabajo en los servicios, como el Programa Saúde da Família en el Brasil
- Modalidades de gestión participativa en los servicios de primer nivel, como los Comités Locales de Atención de la Salud (CLAS) del Perú
- Los compromisos de gestión en Chile, Costa Rica y Perú
- La autogestión de los servicios, como en el hospital San Miguelito en Panamá
- La incorporación de modalidades de atención regulada (managed care) en los servicios de salud de muchos países.
- La compra de servicios a cooperativas de servicio o a terceros como en Brasil y Costa Rica.
- La expansión de las instituciones privadas de pago en Brasil, Chile, Colombia, México y Perú.
- La descentralización de los sistemas de salud en casi todos los países.

Ante esta amplia gama; de modalidades cabe al menos preguntarse. ¿Cuál es su impacto sobre el trabajo del personal y sobre la atención al público?, ¿Que implican para la gestión del personal?, ¿Se favorecen la mejoría de la calidad y la productividad?, ¿Cuáles son las condiciones de trabajo?

VIII.7. MENOS FRECUENTES PERO NO MENOS IMPORTANTES

Se observa una deficiencia de los sistemas de información sobre recursos humanos y la baja capacidad técnica del personal de las unidades responsables, tanto en los ministerios de salud como en las entidades descentralizadas e

instituciones de atención. Costa Rica, Jamaica y Panamá señalaron la necesidad de superar los actuales sistemas para la evaluación del desempeño de los trabajadores y su articulación con políticas de desarrollo del personal. En la esfera de trabajo propiamente dicho, Chile y México expresaron su inquietud por la frecuente rotación del personal, al absentismo y la falta de motivación. Chile y Panamá manifestaron la necesidad de realizar intervenciones destinadas a mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo en los servicios, y a subsanar los problemas de salud que aquejan al personal como resultado de estos factores.

VIII.8. LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DURANTE LAS REFORMAS SECTORIALES

Para empezar es preciso hacer determinadas aclaraciones. La primera se refiere al énfasis que pone esta definición de gestión sobre el trabajador de salud (individual y colectivo) y su trabajo, incluidos no solo los aspectos técnicos de su ejercicio profesional, sino las relaciones sociales e institucionales que este genera y en las cuales se ubica. Las reformas sectoriales se caracterizan, eminentemente, por tres elementos que hasta el momento no han sido debidamente manejados por la administración de personal convencional: el contrato de trabajo, los procesos de trabajo y las relaciones laborales. Más adelante se aclara por que se destacan estas tres categorías.

Al hablar de la gestión de los recursos humanos (o de la gestión del trabajo, como se denomina en Brasil) nos referimos a una función noble, esencial y compleja. No se trata de "aquello que hacen las oficinas del personal", sino de la teoría y la práctica en torno a los procesos (económicos, políticos, técnicos y culturales) que afectan al trabajador y a su manera de contribuir a la atención de la salud de la población, en una institución especializada que es a la vez un lugar de empleo. Esa función corresponde a la instancia directora del sistema de servicios, de la red de atención o de la institución de salud en el marco vigente de las políticas

sectoriales. Solo en estas condiciones se podría hablar de una perspectiva estratégica de la gestión de los recursos humanos.

Con una mirada de largo alcance se puede afirmar, como hace Dal Poz, que presenciarnos la superposición de dos programas para la gestión de los recursos humanos: el programa antiguo (correspondiente a un modelo de relaciones de trabajo estables y proteccionistas, centrado en puestos de duración indefinida) y el programa nuevo o flexible (correspondiente a un nuevo modelo regulador del trabajo que se caracteriza por la flexibilidad laboral). El antiguo programa remite a cuestiones, situaciones y problemas que la administración del personal no ha podido o sabido resolver y que siguen vigentes; el nuevo programa se refiere a aquellas situaciones y cuestiones suscitadas de novo por las reformas sectoriales.

El cuadro No. 3 resume algunas características de ambos programas.

En las reformas sectoriales ya no hay lugar para el viejo modelo, las reformas de los servicios públicos han transformado las condiciones institucionales de la gestión. Se está tornando un nuevo rumbo en la orientación y fines de la gestión de los recursos humanos y también en su contenido.

Cuadro No. 3. Doble programa para la gestión de los recursos humanos en las reformas sectoriales

Programa antiguo	Programa nuevo
<ul style="list-style-type: none"> • Desequilibrios en la disponibilidad, composición y distribución de la fuerza de trabajo • Insuficiencia en la gestión y evaluación del desempeño • Gestión ineficaz de los sistemas de compensación e incentivos • Fragmentación de los procesos laborales • Capacitación reproductora, centralizada y de dudoso impacto • Falta de motivación, ausentismo, poca participación • Retraso y rigidez normativa • Debilidad técnica • Escasa visibilidad y prioridad política 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión pública de los recursos humano • Gestión del personal en un sector cuyo empleo ni aumenta ni disminuye • Gestión descentralizada • Gestión de la calidad y la productividad • Tendencia creciente y alarmante a la flexibilidad en la gestión del empleo • Gestión compleja: coexistencia de diversos regímenes laborales para categorías ocupacionales similares • Tendencia a la inestabilidad en un marco laboral público • Competencia por recursos financieros y personal • Necesidad de adaptar, modernizar o simplificar la administración del personal

Fuente: programa de desarrollo de Recursos Humanos, organización Panamericana de la Salud. 1999

VIII.9. LA TAREA PENDIENTE Y LOS DESAFÍOS

¿Qué hacer ante esta situación? ¿Cómo afrontar estos desafíos partiendo de un sistema de gestión de recursos humanos relativamente ineficiente?

Algunas tareas urgentes deberían ser enfrentadas con firmeza y mediante una colaboración entre países y entre los grupos responsables de estas cuestiones.

a) Promoción de Un Nuevo Concepto de los Recursos Humanos y de su Gestión

Es necesario promover una nueva visión ontológica de los recursos humanos y de su contribución a la atención de la salud de la población. No puede seguir vigente la visión instrumental y codificada del personal propia del viejo modelo y que aun se encuentra en muchos servicios y en no pocos cursos de postgrado en salud publica. La superación de este paradigma es necesaria para construir una nueva practica de la gestión de los recursos humanos, basada en la idea de sujetos históricos, basada en la idea de sujetos históricos inmersos en procesos sociales e institucionales complejos que comprometen tanto la dimensión técnica como las relaciones sociales, económicas, políticas y culturales.

b) Elaboración de una Teoría del Trabajo en los Servicios de Salud

Nunca ha sido tan necesaria como ahora una teoría del trabajo en los servicios de salud que permita entender y explicar como se han visto afectadas las relaciones laborales en los servicios de salud a consecuencia de los cambios en la economía, el estado, la sociedad y el propio sector. Es preciso conocer mas a fondo, desde el punto de vista laboral, esa matriz institucional híbrida del taylorismo y burocracia weberiana y su impacto sobre la manera como se organiza, divide y gestiona el trabajo en esas complejas instituciones llamadas hospitales y centros de salud. Es menester saber más acerca de la tecnología médica y sus consecuencias para los individuos y sus profesiones, de la economía política del servicio, y del propio trabajo sanitario. La cultura interinstitucional, propia del medio sanitario, apenas empieza a ser explorada para entender porque existe esa situación conflictiva entre los servicios y las profesiones dan buenos resultados en un servicio y fracasan en otro similar del mismo sub sector.

c) Promoción de la Gestión de los Recursos Humanos como Elemento Presencial de las Reformas Sectoriales

Para influir sobre el trabajo y su contribución a la atención la gestión de los recursos humanos tiene que ser apreciada como función esencial de la gestión integral de los servicios de salud, es decir, como algo que se logra mediante las decisiones del equipo de gestión (el cual incluye, pero no se limita, al responsable de la oficina de administración de personal). Una condiciones de esta función seria la integración de los diversos aspectos de la gestión de los recursos humanos y de la decisión y autoridad en el servicio: la gestión del desempeño, de las relaciones de trabajo y de los conflictos; la educación permanente; la administración del personal y la generación de una ética laboral en el campo de la salud deben compartir un eje decisorio derivado de los objetivos orientados a mejorar la atención.

VIII.10. FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD TÉCNICA DE LOS ENCARGADOS DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

Esta condición deriva parcialmente de la anterior. Hoy en día no se dispone de un cuerpo sistematizado de conceptos y categorías de conocimientos específicos, de instrumentos metodológicos y de técnicas para intervenir eficazmente sobre las condiciones, componentes y resultados del trabajo del personal en los servicios de salud. Se suma a todo ello la escasa prioridad que siempre se le ha asignado a esta función, debido a ambos factores, la gestión de recursos humanos se ha dejado hasta hace muy poco en manos de personal de muy buena voluntad pero sin una formación adecuada para una función tan compleja. En el contexto previo de estabilidad reguladora, en el que regía la norma central, esa falta de profesionalismo configuró una práctica enfocada exclusivamente.

VIII.11. LA ACTUALIZACIÓN DE REGULACIONES Y NORMAS Y EL DESARROLLO DE INSTRUMENTOS

El sector público de salud, comparado con otros sectores sociales y de la economía, parece adolecer de extrema complejidad y de un retraso normativo. El centralismo ha sido y sigue siendo un fuerte componente de la administración pública en América Latina, a pesar de las tendencias descentralizadas, y es más patente en el sector de la salud.

La gestión de los recursos humanos es y será durante un buen tiempo tributaria de las normas ilegales. Los cambios que se vienen dando en la dimensión legal y política del contrato laboral (y para el presente, la necesidad de preservar mecanismos protectores de la calidad del empleo) hacen necesarias estas normas. Es preciso evitar la flexibilidad excesiva y buscar una especie de equilibrio entre la oferta de protección y la flexibilidad, debido sobre toda las coyunturas de descentralización. Generar prácticas locales de gestión con mayor autonomía requiere, asimismo, la simplificación, adecuación y actualización normativas.

VIII.12. LOS DESAFÍOS ACTUALES PARA EL GESTOR DE RECURSOS HUMANOS

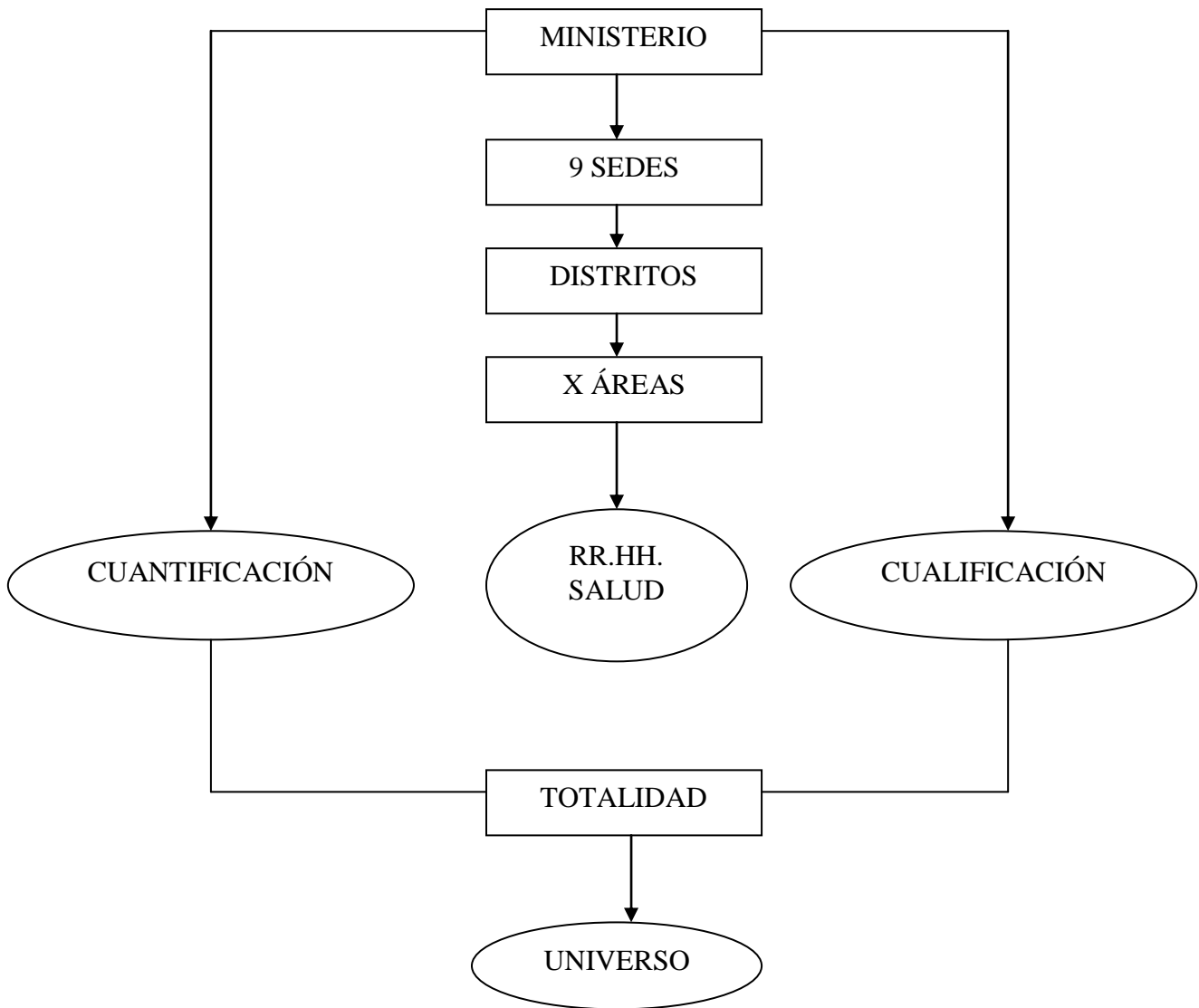
El rumbo de algunos procesos incluidos en las reformas del sector de la salud genera desafíos y encrucijadas para el gestor responsable de la equidad, calidad y eficiencia de la atención y comprometido a velar por la calidad de vida laboral del personal de salud. Además de las limitaciones y características de la gestión de recursos humanos existentes en la realidad, deben tenerse en cuenta, las políticas de separación de funciones, las nuevas modalidades de financiamiento, la compra de servicios, las modalidades flexibles de contratación y otras que, por eficaces que sea para satisfacer las necesidades apremiantes de la gestión financiera o de

la extensión de la cobertura, pueden generar en el mediano plazo condiciones inadecuadas para un desempeño de calidad.

Los desafíos guardan relación con el logro de una mejor calidad en el desempeño, una mayor productividad, un mayor compromiso institucional y una mayor participación en las decisiones que afectan al trabajo en los servicios. La encrucijada se refiere a que tales desafíos deben ser enfrentados en condiciones precarias de trabajo y escasas posibilidades y recursos para la inversión de capital humano.

GRÁFICO N° 8

DEFINICIÓN UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



IX. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

IX.1. Ámbito de Aplicación de la Investigación

La carrera sanitaria tiene 2 ámbitos de aplicación, a saber:

1.1. Institucional:

- Nacional Ministerio de Salud y Previsión Social.
- Departamental: Servicio Departamental de Salud
- Hospitales públicos con autonomía de gestión de Tercer Nivel e Institutos Especializados
- Local o Municipal: Servicios asistenciales en todos los niveles de atención

1.2. Recursos Humanos: *

Se considera funcionarios de carrera sanitaria a los recursos humanos que forman parte del sector público de salud, cuyo cargo se encuentre en la estructura definida de acuerdo a Ley, y conforme a la siguiente relación:

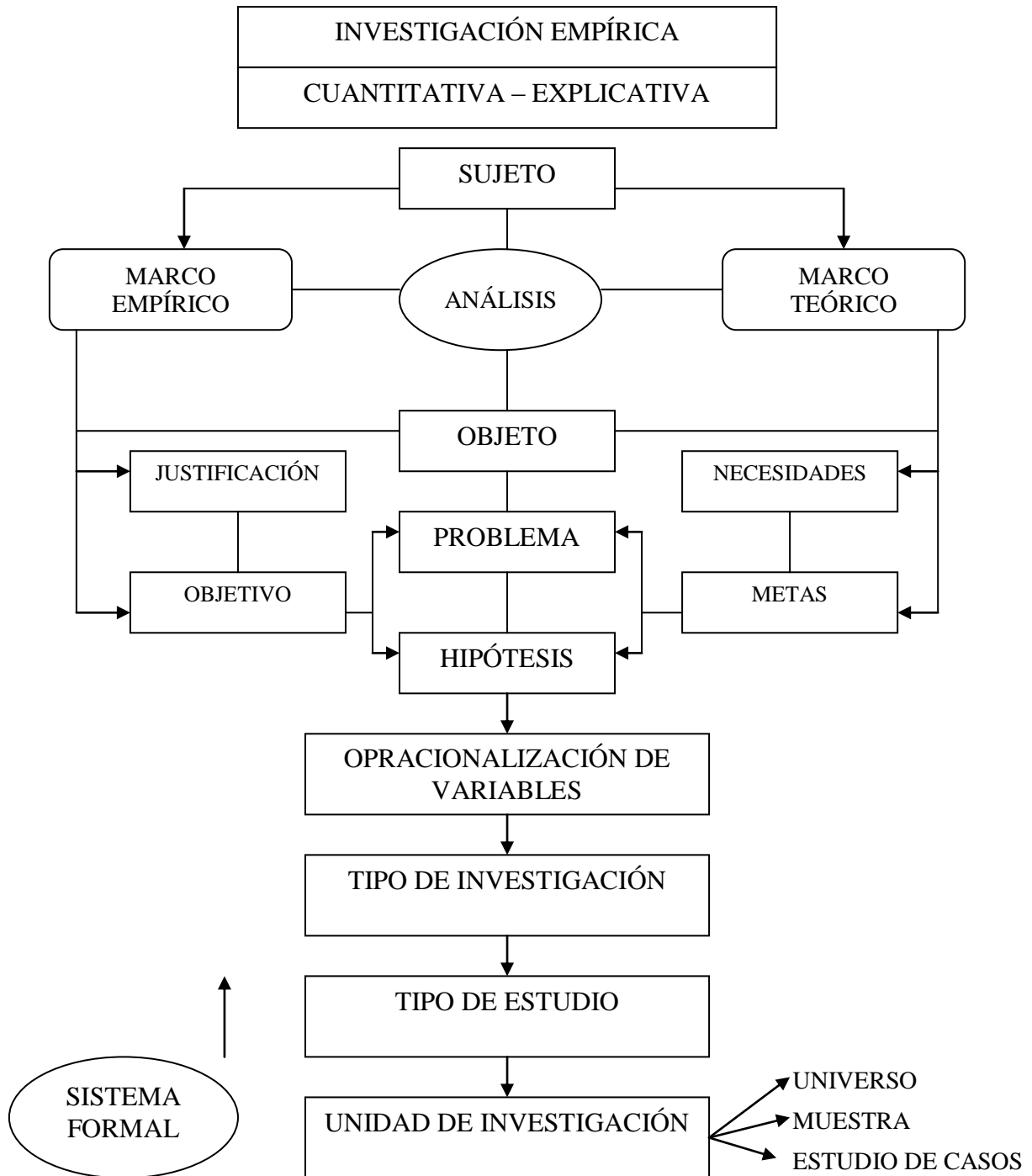
- 1.3. A nivel nacional, desde personal de servicio (ejemplo Portero) hasta Jefes de Unidades Funcionales.
- 1.4. A nivel departamental, desde personal de servicio hasta Jefes Departamentales de los Servicios de los SEDES.

* No se encuentran comprendidos en el régimen de carrera sanitaria los siguientes recursos humanos.

- Ministro de Salud y Previsión Social
- Viceministros
- Directores Nacionales
- Directores departamentales de salud
- Asesores
- Consultores

- 1.5. A nivel de Hospitales de Ser. Nivel e Institutos Especializados, desde personal de servicio hasta la máxima autoridad jerárquica (Director).
- 1.6. A nivel municipal o local comprende a profesionales, técnicos superiores, técnicos medios, auxiliares y trabajadores manuales de todos los servicios de salud. (Véase Gráfico N° 8).

GRÁFICO N° 9



X. DISEÑO METODOLÓGICO

X.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta es una Investigación Aplicada, más específicamente Investigación-Acción, Empírica-Observacional de carácter cuantitativo y de alcance transversal y universal tal como ya se señalara en el Planteamiento del Problema, la formulación de Hipótesis y la Operacionalización de Variables, efectuados previamente. (Ver Gráfico N° 9).

Es una Investigación-Acción en tanto y en cuanto como Propuesta de Intervención pretende, por una parte, en Diagnóstico cabal del problema que nos atinge (y esto sólo es posible a través de la Investigación Explicativa), y por otra, realizar una Acción que sea la solución al problema (y esto sólo es posible a través de la Planificación Estratégica). En todo caso, se debe aclarar que en ambas situaciones estarnos hablando sólo del Diseño o de Propuestas: de Investigación y de Acción, en lo que concierne a esta Propuesta.

Es Empírica-Observacional y cuantitativa porque concierne a cuestiones concretas propias de un ámbito observable y participativo porque los proponentes se desempeñan en este, pero sus alcances de cobertura total es predominantemente cuantitativo antes que cualitativo, lo que facilita la realización del Estudio explicativo causal.

X.2. CONFORMACIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Para realizar el presente estudio se realizaron talleres regionales explicativos acerca la importancia de contar con un estudio de los recursos humanos que brinde la información cuantitativa y cualitativa de los mismos, para una oportuna y adecuada loma de decisiones en materia de gestión de recursos humanos. A tal efecto se conformo un equipo nacional multidisciplinario, responsable de llevar

adelante el proceso de recolección de la información de su interpretación y evaluación y del seguimiento de todo el proceso.

Este equipo nacional fue responsable de diseñar el instrumento de recolección de la información considerando los aspectos cuantitativos y cualitativos del recurso humano. Este instrumento previamente se sometió a una prueba de validación en una población objetivo dependiente de un servicio departamental de salud para involucrar luego a todos los niveles de los servicios de salud.

X.3. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

Para el presente estudio se considerará la totalidad del recurso humano del sector, en todo el territorio boliviano.

X.4. DELIMITACIÓN TEMPORAL

La recopilación de datos de este estudio de investigación se realizó desde septiembre 1999 hasta agosto 2000, lo que implicó la recolección de la información, la tabulación y el análisis.

XI. FASES METODOLÓGICAS

Las actividades, en sí, que se van a desarrollar se las puede clasificar como proceso de puesta a prueba que contempla la RECOLECCIÓN de DATOS, el PROCESAMIENTO de DATOS y el ANÁLISIS de DATOS en relación al TRABAJO DE GABINETE y TRABAJO DE CAMPO a realizar (para una mejor comprensión es conveniente analizar el Gráficos N° 10).

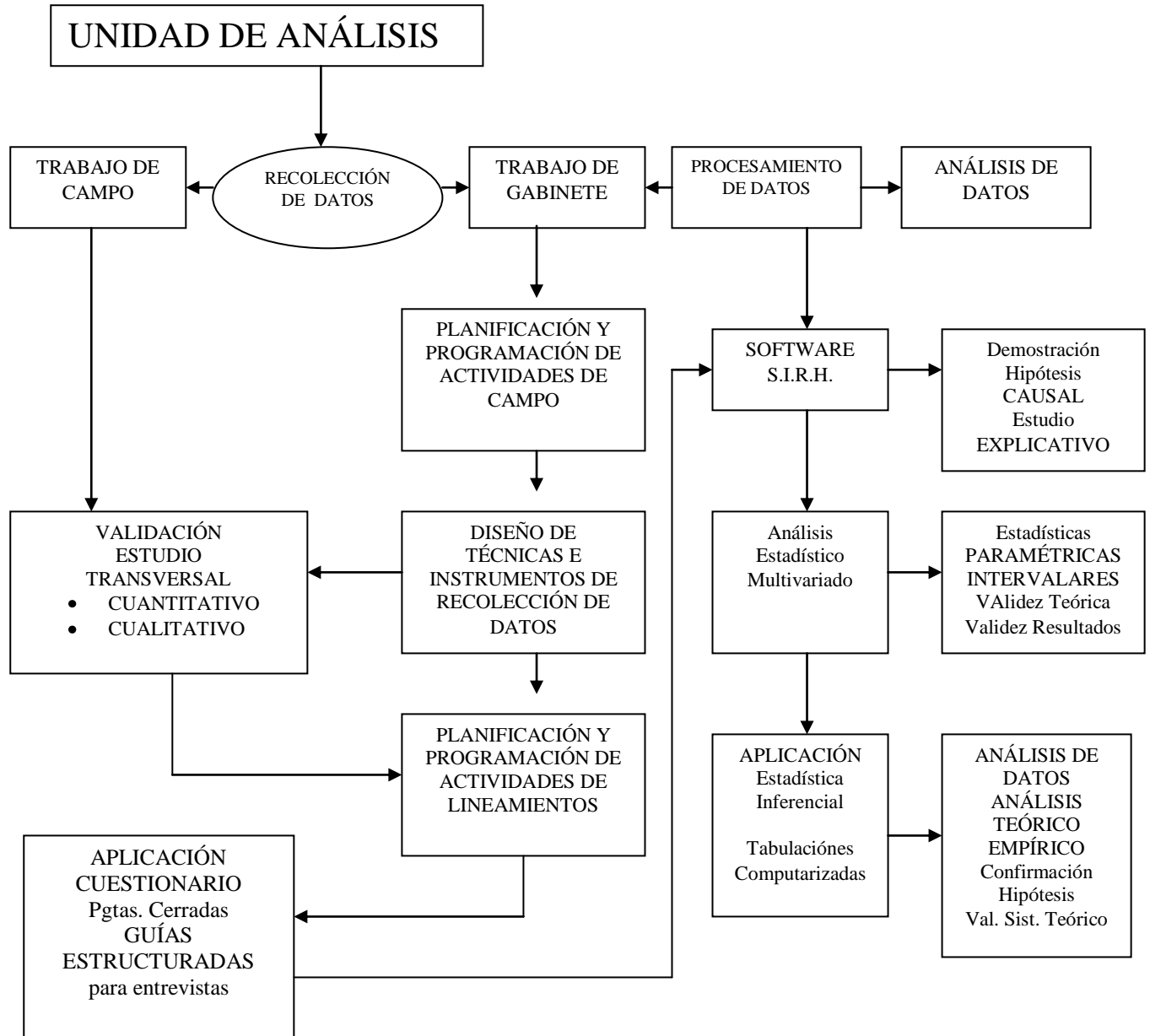
Ambos aspectos, de manera conjuncionada, se pueden resumir puntualmente como sigue:

XI.1. TRABAJO de GABINETE

- Búsqueda y Recolección de Fuentes de Información (Primaria y Secundaria)
- Lectura de Material Bibliográfico
- Elaboración de Fichas
- Consolidación Marco Teórico - Hipótesis
- Diseño de Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos
- Procesamiento de Información y Datos
- Análisis de Resultados

Para una mejor comprensión es importante observar el gráfico a continuación.

GRÁFICO N° 10



X1.2. TRABAJO DE CAMPO

- Conformación de Equipos Multidisciplinarios de Trabajo de Campo
- Diseño Pasos Procedimentales a seguir
- Compromisos de Participación de las SEDES, DISTRITOS y ÁREAS para un trabajo conjunto
- Capacitación en SEDES, DISTRITOS y ÁREAS para el Levantamiento de Datos.
- Trabajo Investigativo Cuantitativo
- Trabajo Investigativo Cualitativo (Complementario)
- Pruebas de Validación de Recolección de Información en terreno
- Difusión, Discusión y Análisis de Resultados de terreno

XII. RECOLECCIÓN DE DATOS E INFORMACIÓN

La recolección de datos será prioritariamente cuantitativa y sólo complementaria entre la realización del inventario de recursos humanos de carácter exhaustivo y a nivel global, para determinar la cantidad y la calidad de éstos (Variable dependiente) en relación a los factores causales que la afectan (Variables independientes) y que serán relevados también a través de cuestionarios y registros Institucionales (Planillas, Kárdex, etc.).

Complementariamente, a través de Entrevistas en Profundidad e Historias de Vida, se recopilará información cuantitativa para determinar aspectos conflictivos que no han sido incluidos como variables por su carácter cualitativo.

XIII. PROCESAMIENTO DE DATOS

Para el procesamiento de datos se utilizará el SOFTWARE S.I.R.H. a fin de obtener tabulaciones computerizadas que den cuenta del comportamiento estadístico multivariado. Para ello se apelará al cruce de variables con sentido causal, lo que significa el uso de la Estadística Inferencial y con Escala Paramétrica.

En todo caso, en esta fase operativa, se contará con el asesoramiento y el concurso de expertos estadísticos con conocimiento del tema que nos ocupa.

XIV. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

Dado el carácter de Estudio Explicativo el análisis de datos, a partir del uso de estadísticas paramétricas intervalares, apuntará a demostrar la validez y fuerza de las relaciones de variables establecidas hipotéticamente, de manera tal que sea posible la confirmación o disconformación de las hipótesis formuladas.

A partir de esta validación, luego, será posible a su vez la validación teórica (fundamento teórico) y también, en consecuencia, la validación de los procedimientos e instrumentos utilizados. (Véase Gráfico N° 10).

XV. CUESTIONES ADMINISTRATIVAS

El Ministerio de Salud a través de la Unidad de Capacitación se encargará de la implementación, aplicación y supervisión del Reglamento de la Carrera Sanitaria para lo cual contará con el apoyo del equipo nacional multidisciplinario que coordinará con las instancias centrales del Ministerio y con las nueve SEDES a nivel nacional.

XVI. CRONOGRAMA

- Fase I.- Que comprende desde septiembre 1999 hasta agosto del 2000 donde se realizó la recolección, tabulación y análisis de datos.
- Fase II.- Que comprende desde septiembre 2000 a febrero del 2001 donde se elaborará el instrumento técnico legal denominado Carrera Sanitaria.
- Fase III.- Que comprende desde marzo del 2001 a marzo del 2002 donde se aplicará el instrumento técnico legal denominado Carrera Sanitaria para su posterior evaluación y retroalimentación.

XVII. PRESUPUESTO (Cuadro N° 3)

ACTIVIDADES	INSUMOS Y RECURSOS	
	Recursos humanos	Recursos financieros
Recolección y tabulación de datos	Personal del equipo técnico nacional	10.000 \$us
Elaboración del instrumento técnico	Contrato de 3 consultores	6.000 \$us.
Aplicación del reglamento de la carrera sanitaria	Personal del nivel central y los 9 SEDES	10.000 \$us.
Total		26.000 \$us.

XVIII. BIBLIOGRAFÍA

1. BRIONES, Guillermo. Métodos y técnicas de investigación para las Ciencias Sociales, México. 1998.
2. BRITO QUINTANA Pedro. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Panamá .2000.
3. CHIAVENATTO, Idalberto. Administración de recursos humanos. México. 1998.
4. HERNÁNDEZ, Roberto. FERNÁNDEZ, Carlos. BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. Colombia. 1999.
5. KOONTZ. Harold. Administración, una visión estratégica. México. 1998.
6. LA SALUD EN LAS AMÉRICAS. MÉXICO 1998.
7. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL. Políticas y estrategias de desarrollo de los recursos humanos en salud. La Paz 2000.
8. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL. Metodologías para el proceso de descentralización. La Paz -1999.
9. PINEDA E. B. ALVARADO. L. CANALES F. H. Metodología de la investigación Washington OPS 1994.

PROYECTO (DISEÑO DE INVESTIGACIÓN)

I. DISEÑO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN (Cuadro N° 6)

MATRIZ LÓGICA

	METAS	INDICADORES	MEDIDAS	SUPUESTOS
FINALIDAD: <ul style="list-style-type: none"> Contribución a la disminución de la Morbilidad y Mortalidad en general. Mejorar el funcionamiento 		Niveles de morbilidad Niveles de Mortalidad Cobertura y Demanda Servicios de Salud	Tasas de Morbilidad Tasas de Mortalidad Incremento Cobertura Incremento Demanda	Que los restantes factores que inciden en la Morbilidad y la Mortalidad actúen de manera correlacionada.
PROPÓSITO: Crear un Sistema Nacional de RR.HH. en Salud con funcionamiento adecuado.	Sistema Nacional de RR.HH. y funcionando en la gestión 2002.	<ul style="list-style-type: none"> Recursos Humanos 	Cantidad Adecuada Cualificación Elevada Funcionamiento Eficiente	Que el Sistema Nacional de RR.HH. haya sido aprobado oficialmente y esté funcionando.
RESULTADOS: 1. Elaborar un Subsistema de Información.	1. Subsistema Información funcionando en todas SEDES, Distritos y Áreas.	* SEDES con Subsistema de Información funcionando. * Distritos con Subsistema de información funcionando * Áreas con Subsistema de información funcionando y así sucesivamente para cada uno de los Subsistemas restantes.	SEDES ACREDITADOS	Que todos los Subsistemas se hayan implementado y estén funcionando adecuadamente.
2. Elaborar un Subsistema de Planificación Estratégica	2. Subsistema Planificación funcionando en todas SEDES, Distritos y Áreas.		DISTRITOS ACEPTADOS	
3. Elaborar un Subsistema de Administración de Cargos	3. Subsistema Administración de Cargos funcionando en todas SEDES, Distritos y Áreas.		ÁREAS ACEPTADAS.	
4. Elaborar un Subsistema de Integración de RR.HH.	4. Subsistema Integración de RR.HH. funcionando en todas SEDES, Distritos y Áreas.			

5. Elaborar un Subsistema de Administración de Sueldos y Salarios	5. Subsistema Administración de Sueldos y Salarios funcionando en SEDES, Distritos y Áreas.			
6. Elaborar un Subsistema de Administración y Desempeño	6. Subsistema Administración y Desempeño funcionando en SEDES, Distritos y Áreas.			
7. Elaborar un Subsistema de Capacitación y Desarrollo de RR.HH.	7. Subsistema de Capacitación y Desarrollo de RR.HH. funcionando en SEDES, Distritos y Áreas.			
8. Elaborar un Subsistema de Movilidad de RR.HH.	8. Subsistema de Movilidad de RR.HH. funcionando en SEDES, Distritos y Áreas.			
9. Elaborar un Subsistema de Retroalimentación	9. Subsistema de Retroalimentación funcionando en SEDES, Distritos y Áreas.			
10. Elaborar un Subsistema de Evaluación	10. Subsistema de Evaluación funcionando en SEDES, Distritos y Áreas.			

ACTIVIDADES 1.1. Generación de información 1.2. Organización de información 1.3. Difusión de información		Producción informativa para cada SEDES Organización informativa por SEDES Recepción informativa cada SEDES	% de producción informativa Niveles de Organización	Que exista presupuesto adecuado para el funcionamiento del Sistema de RR. HH.
2.1. Establecimiento necesidades personal 2.2. Elaboración Planes estratégicos RR. HH.		Inventario necesidades Psnal a nivel nacional PGMAS y PYTOS, de RR.HH. implementados en cada SEDES	Grado de Cobertura de la Inventariación Número de Programas y Propuestas implementados	
3.1. Diseño de Cargos. 3.2. Clasificación de Cargos		Manual y Reglamento de cargos vigentes en cada SEDES.	SEDES funcionando según Manual y Reglamento de cargos	Que exista voluntad política para este funcionamiento.
4.1. Reclutamiento Psnal. 4.2. Selección Psnal.		Manual y Reglamento de Administración Psnal. Vigente en cada SEDES.	SEDES funcionando según Manual y Reglamento de admin. Infracción de Personal.	
5.1. Remuneraciones Psnal. 5.2. Compensaciones Psnal. 5.3. Incentivos Personal. 5.4. Reconocimientos Personal.		Satisfacción Personal. Eficiencia Personal. Eficacia Personal.	Nivel de Satisfacción Personal. Nivel de Eficiencia Personal. Nivel de Eficiencia Psnal.	
6.1. Normas y Reglamentos 6.2. Gestión Psnal. 6.3. Administración Psnal.		Administración Personal.	Cualificación de la Administración de Personal.	Que exista Capacidad institucional para este funcionamiento.

7.1. Necesidades de Capacitación 7.2. Programación Eventos Capacitación 7.3. Ejecución Actividades Capacitación 7.4. Evaluación Actividades Capacitación		Eventos de capacitación ejecutados en cada SEDES. Pruebas de calificación Psnal.	Número de eventos de Capacitación. Resultados de las Pruebas de Evaluación.	Que existan RR.HH. cualificados e idóneos para su validación.
8.1. Promoción del Psnal. 8.2. Rotación del Psnal. 8.3. Permuta del Psnal. 8.4. Transferencia del Psnal. 8.5. Retiros del Psnal.		Cantidades de casos para los Eventos señalados.	Número de casos de cada evento.	
9.1. Auditoria RR.HH. 9.2. Controles y Seguimiento 9.3. Acciones Correctivas.		Acreditación Externa	Resultados de la Acreditación Externa	
10.1. Estándares de Evaluación 10.2. Mecanismos de Evaluación 10.3. Proceso de Evaluación		Pruebas efectuadas de Evaluación Psnal.	Resultados Pruebas de Evaluación.	

II. IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

II.1. LÍNEAS DE ACCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN (Ver cuadro N° 6).

- **Principales Problemas a enfrentar:**

Funcionamiento inadecuado de los RR. HH.

- **Propósito u objetivo general de la propuesta:**

Crear un Sistema Nacional de RR.HH. en Salud con funcionamiento adecuado.

- **Resultados u Objetivos Específicos de la Propuesta:**

1. Elaborar un Subsistema de Información
2. Elaborar un Subsistema de Planificación Estratégica
3. Elaborar un Subsistema de Administración de Cargos
4. Elaborar un Subsistema de Integración de RR.HH.
5. Elaborar un Subsistema de Administración de Sueldos y Salarios
6. Elaborar un Subsistema de Administración del Desempeño
7. Elaborar un Subsistema de Capacitación y Desarrollo de RR. HH.
8. Elaborar un Subsistema de Movilidad de RR.HH.
9. Elaborar un Subsistema de Retroalimentación.
10. Elaborar un Subsistema de Evaluación.

- **Principales líneas de Acción**

Investigación:

La problemática de los RR.HH. en salud en cuanto a su cantidad, calidad, distribución, rotación y aspectos legales influye en los indicadores de morbilidad y

mortalidad de forma negativa. Al carecerse de información adecuada para formular políticas de intervención se efectuarán investigaciones que contribuyan a elaborar un instrumento técnico legal que regule esta situación.

Las actividades planteadas serán:

- Diagnóstico de la situación de los RR.HH.
- Sistematización

Información, Comunicación y Educación

Una vez efectuada la recolección de datos y el procesamiento de la información se harán conocer los resultados correspondientes a las entidades involucradas para llevar a cabo el diseño de la Carrera Sanitaria.

Actividades

- Generación de información
- Organización de la Información
- Difusión de la información
- Establecimiento de necesidades personales
- Elaboración de planes estratégicos de RR.HH.
- Diseño de Cargos
- Clasificación de Cargos
- Reclutamiento de Personal.
- Selección de Personal
- Remuneración de Personal
- Compensación de Personal
- Incentivos personales

- Reconocimiento Personal
- Normas y Reglamentos
- Gestión Personal
- Administración de Personal

Coordinación Interinstitucional

Para el fortalecimiento y sostenibilidad de la implementación, aplicación y supervisión de la Carrera Sanitaria, se contará con recursos humanos y materiales del Ministerio de Salud y Previsión Social, tendrán también participación activa los nueve SEDES a nivel nacional.

Se tendrá coordinación con Organismos Internacionales tales como: USAID, UNICEF, OPS/OMS.

Las actividades a realizarse serán las siguientes:

- Conformación de un Equipo Multidisciplinario
- Elaboración de un Instrumento de Recolección de información
- Validación del instrumento diseñado
- Nueve Talleres Departamentales con los SEDES
- Contratación de un equipo de consultores para la elaboración del instrumento
- Aplicación y supervisión del Reglamento de la Carrera Sanitaria con apoyo del Equipo Nacional Multidisciplinario en coordinación con instancias centrales del Ministerio y con los nueve SEDES.

III. EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

III.1. EVALUACIÓN DEL PROCESO

Evaluación de los avances del trabajo en el logro de propósitos y resultados.

III.2. EVALUACIÓN EX POST:

- Eficacia en el cumplimiento de propósitos, resultados y actividades.
- Eficiencia en el uso de los recursos económicos para la ejecución de actividades
- Efectos e impacto de la Propuesta.

III.3. EVALUACIÓN DEL PROCESO

Pertinencia

Se deberá evaluar si el Diseño de la Propuesta tendrá relación con las necesidades de los RR.HH. para enfrentar los desafíos del desarrollo que significa este cambio.

Coherencia

Se deberá analizar si existe:

- Relación entre el problema identificado y el propósito de la propuesta.
- Relación entre las causas priorizadas (a partir del análisis del problema y los resultados).
- Relación entre el fin y el propósito, el propósito y los resultados, entre los resultados y las acciones.

Se deberá analizar si existe articulación en tres niveles:

- Conocer si efectivamente el propósito definido contribuye parcialmente al cumplimiento del fin.

- Conocer si efectivamente los cambios propuestos en estos resultados están incluidos en la relación del propósito.
- Conocer si las acciones planteadas con las requeridas para el cumplimiento de los Resultados.
 - Estos tres niveles son trabajados de acuerdo a los criterios de consistencia, coherencia y grado de articulación en la jerarquía de objetivos.

Viabilidad

La Propuesta deberá ser:

- Comprensible: En el entorno cultural donde se va a ejecutar
- Deseable: a las necesidades y expectativas e intereses de la población destinataria.
- Manejable: en términos de organización.
- Aceptable: en el entorno político en el cual las relaciones de poder existentes y los intereses, no impidan el desarrollo del Propuesta.
- Factible: en los aspectos técnico y económico propios del Propuesta para llevar a cabo las actividades necesarias hacia el logro de las metas y objetivos definidos.

Sostenibilidad

Se analizarán cuatro aspectos relevantes:

- Económico: los costos en que incurre la población deben ser iguales o inferiores a los beneficios económicos que se derivan de la ejecución de la Propuesta.
- Medio ambiental: las acciones a llevarse a cabo no tendrán efectos medioambientales negativos.

- Social: depende de las capacidades, conocimientos, habilidades que los grupos desarrollarán y/o fortalecerán en el proceso de ejecución de la Propuesta.
- Político: supondrá la participación de los destinatarios de la propuesta para colaborar y mantener las actividades de manera organizada de tal forma que posibiliten viabilizar sus esfuerzos concertadamente para el logro de sus propósitos.

Impacto

Se refiere al cambio principal que se espera alcanzar con la ejecución de la Propuesta: "La mejora de la calidad de los Servicios de Salud que contribuye a mejorar la calidad de vida de los grupos destinatarios a los cuales se dirige para contribuir en su desarrollo".

El impacto podrá hacerse visible y factible de medir luego de concluida la Propuesta o también después de un tiempo de haber finalizado su intervención.