

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
POLÍTICA DE DESARROLLO DE RECURSO HUMANOS EN SALUD

REUNIÓN DE ALTO NIVEL SOBRE COORDINACIÓN INTER –SECTORIAL Y DESARROLLO DE PLANES DE RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE PRIMERA APROXIMACIÓN DE LA COORDINACIÓN INTER –SECTORIAL CON: EDUCACIÓN, TRABAJO, EMPLEO Y PREVISIÓN SOCIAL ECONOMÍA Y FINANZAS, EN RELACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD - BOLIVIA -

MS.c. Miryam Gamboa Villarroel
CONSULTORA OPS/OMS

22 de abril, 2010
LA PAZ - BOLIVIA

ÍNDICE

	PÁG.
PRESENTACIÓN	1
I. ANTECEDENTES.	1
II. MARCO POLÍTICO PARA LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.	2
1.1. Marco Político de nivel general.	2
1.1. Constitución Política del Estado Plurinacional.	2
1.2. Plan Nacional de Desarrollo. “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”	2
1.2. Marco Político de Nivel Sectorial.	3
2.1. Del Plan Sectorial de Salud.	3
2.2. Políticas de Salud.	4
1.3. Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural.	6
3.1. Objetivo de la Salud Familiar, Comunitaria Intercultural.	6
3.2. Principios de la Salud Familiar, Comunitaria Intercultural.	6
3.3. Componentes de la Salud Familiar, Comunitaria Intercultural.	6
3.1. Modelo de Gestión participativo.	6
3.2. Modelo de Atención SAFCI.	7
3.3. Dos experiencias prácticas de implementación y ejecución de SAFCI.	9
3.1. Residencia Médica en SAFCI.	9
3.2. Equipos Móviles SAFCI.	9
1.4. Principales desafíos para la implementación de las políticas Sectoriales.	9
1.5. Perspectiva de expansión de la SAFCI.	10
1.6. Proceso de construcción de las políticas del sector salud.	10
1.7. Problemas identificados para la implementación y ejecución de las políticas de salud.	10
III. MARCO POLÍTICO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	
3.1. Visión de la Política de RHUS.	10
3.2. Aprobación de la Política de Desarrollo de RHUS.	11
3.3. Articulación de la Política de RHUS con las políticas nacional y del sector salud.	11
3.4. Principales líneas de acción de la Política de Desarrollo de RHUS.	11

3.5. Proceso de formulación de la Política de Desarrollo de RHUS.	11
3.6. Estrategia de socialización de la Política de Desarrollo de RHUS.	12
3.7. Participación en las instancias de Integración Subregional.	12
3.8. Lecciones aprendidas.	12
IV. DE LA COORDINACIÓN CON SECTORES CLAVES DEL GOBIERNO NACIONAL CON RELACIÓN AL PLAN ESTRATÉGICO DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO DE RHUS.	13
4.1. Plan Estratégico Decenal de la Política de Desarrollo de RHUS.	13
4.2. Proyectos priorizados.	13
4.3. Del ámbito de administración y gestión de RHUS.	14
4.4. Del posicionamiento de la Política de RHUS en la agenda del MS y D.	14
4.5. Dificultades en la elaboración del Plan Estratégico Decenal.	14
4.6. Roles de los ministerios de Educación, Trabajo, Empleo y Previsión Social y Ministerio de Salud y Deportes.	14
6.1. Estructura y atribuciones del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional. Decreto Supremo N° 29894.	14.
4.7. Proceso de coordinación con sectores claves del Gobierno Nacional	15
7.1. Preparación de instrumentos para las entrevistas.	15
7.2. Resultados de las entrevistas.	15
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	20
ANEXOS	

PRESENTACIÓN

El presente documento denominado "**Análisis de situación de primera aproximación de la coordinación inter –sectorial con los ministerios de: Educación, Trabajo, Empleo y Previsión Social, Economía y Finanzas, en relación a la implementación y ejecución de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud – Bolivia**" -, da cuenta de la cultura y lógicas de coordinación intersectorial de los sectores del Estado Plurinacional en nuestro país, por una parte y por otra, de los imaginarios del Gobierno y del Ministerio de Salud, materializados en el Plan de Desarrollo Económico Social "Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien" y del Plan Sectorial de Salud.

A partir del 22 de enero del 2006 Bolivia inició una nueva etapa de su historia, teñida de esperanzas y grandes desafíos, en tanto el Gobierno se planteo la necesidad de construir la "Revolución Democrática y Cultural"

"Las propuestas y orientaciones del Plan Nacional de Desarrollo, constituyen la base y el inicio del desmontaje del colonialismo y neoliberalismo en nuestro país, constituyen así mismo las demandas seculares y actuales del pueblo para construir un Estado Pluricultural y Comunitario que permita el empoderamiento de los movimientos sociales y pueblos indígenas emergentes, siendo su principal aspiración que los bolivianos y bolivianas vivamos bien"¹

El Plan Sectorial de Salud y por ende las políticas de salud se inscriben en el marco del Plan Nacional de Desarrollo Económico Social del Gobierno y en lo que hace a la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, ésta asume los planteamientos y orientaciones formulados en el Plan Sectorial de Salud.

I. ANTECEDENTES.

El 18 de diciembre del 2005 es el punto de inflexión más alto en la historia de Bolivia, con el abrumador triunfo de un indígena – Evo Morales Ayma – en la contienda electoral de ese año.

El Plan Nacional de Desarrollo, se inscribe en "los cambios económico –sociales, políticos y culturales promovido por los movimientos sociales y originarios, por tanto, con base a esas propuestas ha sido elaborado el Plan, presentado en su primera versión a los movimientos sociales y al Presidente del Estado Plurinacional en junio del 2006, documento que ingreso a un proceso de socializado a lo largo y ancho del país para su revisión y complementaciones y a partir de ellas se efectuaron los reajustes necesarios, presentando la última versión actualizada, versión que fue aprobada en septiembre del 2007 mediante el **Decreto Supremo N° 29272**.

La construcción de las políticas de Salud y por ende el Plan Sectorial, siguió el mismo proceso de consulta, análisis, reflexión y propuestas con y de la sociedad civil organizada. El Ministerio de Salud y Deportes desde el 2006 convoco a nueve talleres departamentales pre - Constituyentes y un taller Nacional con el objetivo de sistematizar las propuestas realizadas en los talleres departamentales, estas producciones constituyeron los insumos para elaborar el Plan Sectorial de Salud, el que es aprobado conjuntamente con el Plan Nacional de Desarrollo.

La Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, retoma las propuestas y orientaciones del Plan Nacional de Desarrollo y del Plan Sectorial y por ende de las políticas de Salud. La construcción de dicha Política al igual que las anteriores, se la desarrolló con la participación de la sociedad civil organizada.

¹ *Plan Nacional de Desarrollo. "Bolivia Digna Soberana, Productiva y Democrática para "Vivir Bien" D.S.n° 29272, del 2007. Gaceta Oficial de Bolivia.*

La construcción de la política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud se inicia a mediados del 2007, habiendo sido aprobada mediante Resolución Ministerial en diciembre del 2009.

II. MARCO POLÍTICO PARA LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

2.1. Marco Político de nivel general.(Anexo I)

1.1. Constitución Política del Estado Plurinacional

Constituye la Ley de leyes que orienta la transformación de la sociedad y del Estado en general y de las políticas sectoriales en particular.

Capítulos/ Sección	Artículos	Contenido
Segundo	Derechos Fundamentales	
	ART. 18. I.	“Todas las personas tienen derecho a la salud”
	II	“El Estado Garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna”
	III.	“ El Sistema ÚNICO de Salud será universal, gratuito, equitativo intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El Sistema se basa en los principios de solidaridad, eficacia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno”
Quinto	Derechos sociales y económicos	
Sección ii	Derecho a la Salud y a la Seguridad Social.	
	ART.35. I.	“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”
	II.	“ El Sistema de Salud es Único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena campesinos ”.
	ART. 36. I.	“El Estado garantizará el acceso al Seguro Universal de Salud”
	ART.37.	“El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la Promoción de la salud y la prevención de enfermedades ”
	ART. 40	“El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones y en la gestión de todo el Sistema Público de Salud”

1.2. Plan Nacional de Desarrollo. “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” (Anexo II)

Esta dirigido a la construcción de una nueva sociedad fundada en la energía y en la capacidad derivada de la multiculturalidad que posee el país y de la diversidad de las prácticas solidarias ejercitadas por las comunidades urbanas y rurales en la construcción de una nueva forma organizativa nacional sustentada en la nueva institucionalidad afirmada en un nuevo Estado social comunitario, descolonizado y fundado en la multidiversidad social urbano rural, expresión de la diversidad de intereses y aspiraciones de cambio en función del “Vivir Bien”

De acuerdo a los lineamientos estratégicos del Plan de Desarrollo, todos los planes de los ámbitos sectoriales y territoriales deberán incorporar en su estructura los objetivos con relación a los cuatro pilares del mismo:

Pilar I. Bolivia Digna: Su objetivo “es la erradicación de la pobreza e inequidad, de manera de logra un patrón equitativo de distribución y/o re -distribución de ingresos, riquezas y oportunidades...”

Pilar II. Bolivia Soberana: Cuyo objetivo es “ la de contribuir a constituir un Estado en un actor internacional soberano, autodeterminado, con identidad propia mediante una política exterior que oriente la acción política y diplomática con personas de los pueblos y defensa sostenible de los recursos naturales y de biodiversidad...”

Pilar III. Bolivia Productiva: Esta orientada hacia la transformación, el cambio integrado y diversificado de la matriz productiva, logrando el desarrollo de los complejos productivos integrales y generando excedentes, ingresos y empleos con la finalidad de cambiar el patrón primario exportador excluyente ...”

Pilar IV. Bolivia Democrática: Esta dirigida a construir una sociedad y Estado plurinacional y socio-comunitario, donde el pueblo ejerza el poder político, social y comunitario y sea co-responsable de las decisiones sobre su propio desarrollo y del país. El pueblo no sólo elige, sino revoca mandatos ejerciendo el Control Social...”

El Plan Nacional de Desarrollo, constituye la herramienta “dirigida a remover desde sus raíces, la profunda desigualdad social y la inhumana exclusión que oprime a la mayoría de la población boliviana y particularmente a los indígenas y campesinos, lo que implica un cambio en el Patrón de Desarrollo primario exportador, iniciándose éste con la transformación de la matriz productiva. El desmontaje del colonialismo neoliberal, la descolonización del Estado y la nueva construcción de la identidad boliviana, basada en la institucionalidad multinacional con enfoque intercultural comunitaria., por otro lado, la propuesta de desarrollo, tiene su fundamento en el “Vivir Bien”, es una demanda de su humanización, donde la diversidad cultural asegura la responsabilidad y obligación social en el desempeño de la gestión pública. De esta manera el desarrollo se convierte en un proceso colectivo de decisión y acción de la sociedad como sujeto activo y no como receptor de directivas “verticales”.

En el sentido anterior el “Vivir Bien corresponde a un patrón de Desarrollo y de democratización integral plurinacional y diversificado, donde el desarrollo y la democracia tienen la misma importancia. No existe desarrollo sin democracia, sin extender la participación social en la actividad y las decisiones políticas económicas y culturales²”

2.2. Marco Político de nivel Sectorial.

2.1. Del Plan Sectorial de Salud.(Anexo III)

El Plan Sectorial de Salud fue aprobado por el D.S N° 29272, en el se puntualiza el carácter excluyente e inequitativo del Sistema de Salud y de los servicios, situación agravada en mas de 20 años por los gobiernos neoliberales, con lógicas universalkizante y homogeneizadoras, que corresponden a paradigmas de un Estado – Nación en crisis, por una parte y por otra con una perspectiva altamente economicista y por ende deshumanizante, en tal virtud, el sector salud en esas décadas sufre recortes presupuestarios en la lógica del achicamiento el Estado, con la consiguiente proliferación de servicios y centros de salud privados, unido a la depresión salarial, el aumento del desempleo por las “relocalizaciones” de

² *Plan Nacional de Desarrollo. “Bolivia Digna Soberana, Productiva y Democrática para “Vivir Bien” D. S N° 29272, del 2007.Gaceta Oficial de Bolivia.*

trabajadores de sectores estratégicos de la producción y servicios etc. debido a estos factores se incrementa la desigualdad, la exclusión en salud y el debilitamiento de las instituciones públicas del sector que se traduce en el incremento de las denominadas enfermedades de la pobreza..

“Para revertir la crítica situación de salud de la población, el gobierno nacional ha definido una nueva política social, en cuyo centro se encuentra la salud y la seguridad social. En ese marco el Ministerio de Salud y Deportes con una visión integral e intersectorial, hace una propuesta para el cambio, cuyo objetivo es la eliminación de la exclusión social, partiendo del reconocimiento de lo social como totalidad que permita efectuar una caracterización de la situación de salud y formular propuestas articuladas para la solución de los problemas de salud y lograr transformaciones socio –económicas

El Plan Sectorial de Salud tiene estrecha relación con los postulados del Plan Nacional de Desarrollo..



2.2. Políticas de Salud.

➤ **Sistema Único de Salud Familiar, comunitario Intercultural.**

Esta orientado a superar toda forma de exclusión y discriminación en salud, por razones económicas, culturales y sociales a través de la universalización al acceso a la salud, llegando a las poblaciones más dispersas, mediante el fortalecimiento de las redes de salud.

Esta política constituye un mandato establecido en la C.P.E. Art. 18. Puntos I, II y III y Art. 35. Punto II

➤ **Rectoría.**

Dirigida a recuperar y consolidar la Soberanía y la rectoría del Ministerio de Salud y Deportes sobre el Sistema Sanitario, liderizando la intersectorialidad para la salud con mayor capacidad de gestión que permita garantizar la sostenibilidad financiera del sector, protegiendo la salud de todos los bolivianos/as, sus condiciones de vida, de trabajo (Vivienda, servicios básicos etc.) y de su relación con el medio ambiente. **Establecida en la C.P. E. Sección III. Ministerios de Estado, incisos del 1 al 8. Capítulo VIII: Distribución de competencias Art. 298. Punto II, y Competencias. Exclusivas del nivel Central del Estado. Punto 17.**

➤ **Movilización social.**

“Esta política esta dirigida a promover la ciudadanía activa, participativa y responsable, garantizando el desarrollo de las potencialidades humanas para actuar en libertad, generando procesos de empoderamiento en los consejos de salud de nivel local, municipal, departamental y nacional para que efectúen una buena gestión y control social”.. **Mandato establecido por la CP.E. Título VI: Participación y Control Social. Art: 241, puntos I al VI, Art. 242. Incisos 1 y 2.**

➤ **Promoción de la salud.**

“Esta dirigida a la recuperación de la responsabilidad del Estado en promover la cultura de salud integral para una calidad de vida, mediante el establecimiento de alianzas inter –sectoriales, para incidir en los determinantes económico –sociales, políticos y culturales que afectan directa o indirectamente en la salud y la vida de las poblaciones indígena originario campesinos, afro bolivianos y clases medias”.

Esta política es un mandato establecido en la Constitución Política de Estado Plurinacional, principalmente el Art. 37 y los artículos, 16, 17, 19 y 20, del Capítulo Segundo de los Derechos Fundamentales que tienen relación con los determinantes.

➤ **Solidaridad.**

“Esta política asume como estrategia el desarrollar una Alianza Nacional dirigida a la erradicación de la desnutrición, la violencia, la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de personas discapacitadas y la inclusión de grupos desprotegidos que viven en extrema pobreza” **Respalda por la C.P.E. en la Sección VIII: Derechos de las personas con Discapacidad. Art. 70, inciso 2 y Art.72**

➤ **Medicina Tradicional e Interculturalidad.**

“Dirigida a recuperar la farmacopea herbolaria utilizada por nuestros ancestros, sin olvidar que ellas constituyen los principios activos de cualquier medicamento, por una parte y por otra generar mecanismos de complementariedad y reciprocidad en los procesos de atención a la enfermedad y eventos históricos como el cuidado antes, en y después del parto por los etnomédicos y parteras comunicarías. **Política que constituye un mandato establecida en la C.P.E. Art. 42, puntos I, II y III.**

➤ **Desarrollo de Recursos Humanos en Salud**

Ninguna política, sea esta económica, social, cultural, será sostenible en el tiempo si no se tiene en cuenta el factor “Recurso” humano, ya que es el medio a través del cual se logran los objetivos propuestos, esta política, constituye el eje central de los cambios y transformaciones propuestos por el Sector Salud..

2.3. Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural (Anexo III).

El Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural ha sido aprobado mediante el Decreto Supremo N° 29601 del 2008, por tanto constituye un componente fundamental de la Política Oficial del Ministerio de Salud y Deportes.

El Modelo SAFCI, constituye la **nueva forma de pensar, comprender, sentir y hacer salud** en escenarios diversos y pluriculturales (Ayllus, Tentas, Markas, Capitanías, barrios, tierras comunitarias de origen), involucra, vincula y articula a los médicos, parteras tradicionales y médicos académicos con la persona, la familia, comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud”³

3.1. Objetivo de la Salud Familiar, Comunitaria Intercultural

“Buscar que la Salud se ejerza como derecho fundamental para que la familia, la comunidad tengan una atención de salud que no sólo vea la enfermedad de la persona, sino también la armonía con ella misma, con la comunidad y con la naturaleza, aceptando y valorando lo que sienten, conocen y practican”⁴

3.2. Principios de la Salud Familiar, Comunitaria Intercultural

- Participación social- comunitaria
- Inter-sectorialidad
- Integralidad
- Interculturalidad

3.3. Componentes de la Salud Familiar, Comunitaria Intercultural.

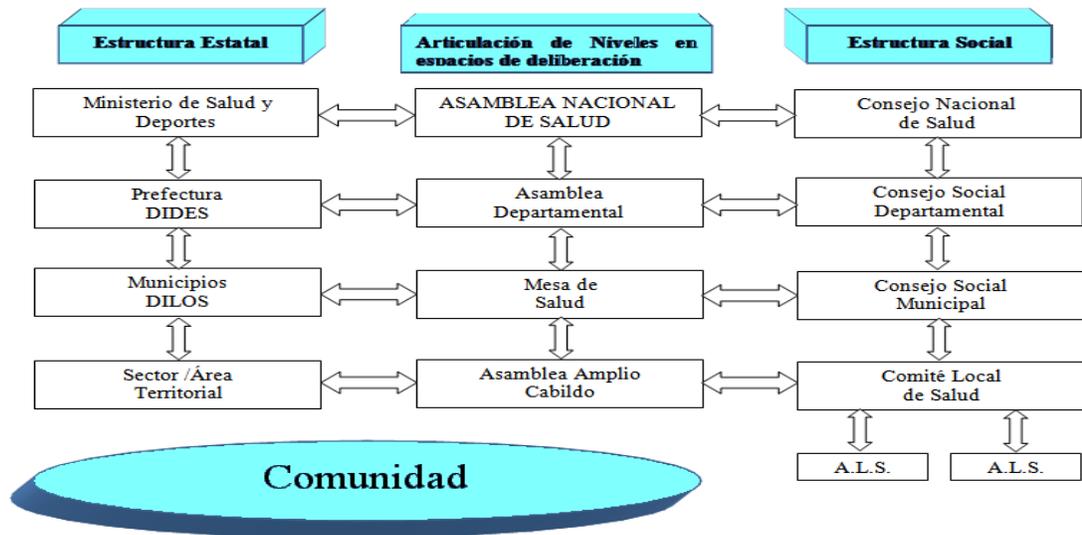
3.1. Modelo de gestión participativa

Es uno de los mecanismos que genera espacios de participación, donde las comunidades urbanas y rurales (Ayllus, tentas, markas, jatas entre otros) a través de sus representantes legítimos en salud, toman decisiones de manera corresponsable en los niveles del Gobierno Municipal, Departamental, el equipo de salud y la comunidad representada en Comités de Salud y Consejos Sociales municipales, departamentales y Nacional, por otro lado es el espacio donde se consensúan las actividades de **identificación – investigación** de problemas, limitaciones, potencialidades, demandas, adopción de estrategias, formulación de planes y programas, proyectos, presupuestos para su ejecución, evaluación de resultados, siendo **el principal instrumento la Planificación Participativa**.

El modelo de Gestión participativa plantea niveles de deliberación y decisión, tal como se observa en el gráfico siguiente:

³ **Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Documento técnico – estratégico. N° 171. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social. Ministerio de Salud y Deporte. La Paz – Bolivia. 2009s**

⁴ **Ibidem, opcit.**

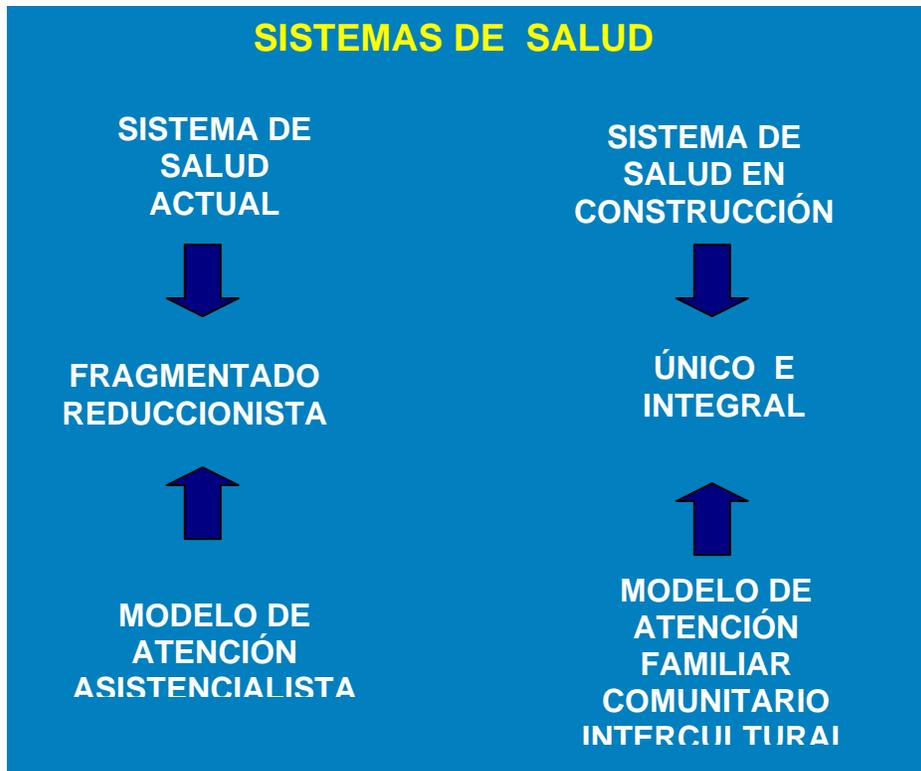


3.2. Modelo de Atención de Salud Familiar, Comunitario Intercultural.

Este modelo se encuentra sustentado en una filosofía e ideología y un posicionamiento político cualitativamente distinto al modelo asistencialista de salud.

En este modelo, se trabaja en forma conjunta con los sujetos y actores sociales de las comunidades, (ayllus, tentas, jatas, markas entre otros) PARA LA VIDA y no para la muerte, los operadores de salud, salen del Puesto o Centro de Salud para interactuar, con las familias sanas o enfermas de las comunidades y en ese su recorrer cotidiano identifican diferentes patologías, potencialidades etc., poniendo en práctica **la Investigación – Acción Participativa**, atendiendo las patologías encontradas, efectuando acciones de prevención y de promoción en los diferentes niveles de deliberación y decisión de las mismas.

El modelo de atención de Salud Comunitaria se sustenta en los siguientes principios y valores:



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



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

3.3. Dos experiencias prácticas de la Salud Familiar, Comunitaria Intercultural.

3.1. Residencia Médica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

El Ministerio de Salud y Deportes ha puesto en práctica el Modelo de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural, a través de la Residencia Médica SAFCI., constituyendo en el momento actual una de las experiencias que concretiza en la práctica las políticas del sector salud y los Planteamientos, filosófico – teóricos, metodológicos y técnicos del Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural..

La Residencia Médica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural fue creada en el año 2007 en el Congreso Ordinario del 2006 del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación, Comité conformado por representantes del Ministerio de Salud y Deportes, El Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana –CEUB – y el Ministerio de Educación.

N° DE MRSAFCI SEGÚN GESTIONES ACADÉMICAS

N°	Gestiones académica	N° DE M.R. SAFCI	Observaciones
1	2007 -2009	131.	Primer grupo egresado- marzo del 2010
2	2008- 2010	31	Segundo Grupo. Egresan en marzo 2011
3	2009- 2011	50	Tercer grupo, egresan marzo, 2012
4	2010 - 2012	46	Cuarto grupo, egresan, marzo 2013
	TOTAL	2 60	

3.2. Equipos Móviles de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural

El Ministerio de Salud y Deportes decidió conformar equipos de salud itinerantes conformados por: Un Médico, una Enfermera, un Odontólogo, un profesional del área social (Sociólogo, Trabajador/a Social) y un conductor.

Se cuenta con 50 equipos ubicados en los 9 departamentos del país, implementando el Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural, realizando actividades de atención, prevención y promoción de la Salud.

2.4. Principales desafíos para la implementación de las políticas sectoriales.

- Uno de los principales desafíos, es el construir el Sistema Único de Salud **en una perspectiva Crítica de Intercultural** ya que esta categoría va más allá de la infraestructura, del equipamiento, de las normas etc., de los servicios de salud, muy necesarios pero insuficientes si es que asumimos el compromiso del cambio, de la transformación del sector.
- **La interculturalidad crítica implica romper con las formas de pensar, sentir y hacer salud**, romper con todo el andamiaje del Sistema de Salud que responde a un Estado – Nación con profundos rasgos monoculturales. homogenizantes por una parte y clasificadoros por otro, excluyente e inequitativo, se hace imperiosa la necesidad de subvertir dicha situación, quienes pensamos, analizamos, reflexionamos, comprendemos, sentimos y quienes hacemos, somos nosotros/as, hombres y mujeres involucrados en el trabajo de salud, por tanto, somos nosotros/as los que debemos y tenemos que provocar en nosotros/as mismos/as esas rupturas y así coadyuvar y provocar cambios. en los sectores del gobierno en tanto constituyen elementos fundamentales para implementar el Sistema Único con una perspectiva crítica de interculturalidad, en las instituciones públicas y

privadas, formadoras de recursos humanos, organismos internacionales y ONGs y en la misma población.

- Generar procesos de formación permanente en el marco de la Salud Familiar, Comunitaria Intercultural para el personal del Sistema Nacional de Salud
- Gestionar ante el Ministerio de Economía y Finanzas para contar con los recursos económicos para la contratación de personal necesario y suficiente para la implementación y ejecución del Sistema Único de Salud en una perspectiva crítica de Interculturalidad, universal y gratuito
- Sentar las bases y generar mecanismos en forma conjunta con los médicos y parteras tradicionales para que ambos sean parte del Sistema de Salud
- Reordenar el andamiaje de infraestructura y equipamiento, implicando la realización de una caracterización de los centros de salud y definiendo prototipos de acuerdo a regiones culturales, redefinición de las Redes entre otros aspecto –

2.5. Perspectiva de expansión de la Salud Familiar, Comunitaria Intercultural.

Con la implementación del Sistema Único de Salud en la perspectiva de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, en el corto y mediano plazo se considera que las de las principales enfermedades bajaran y subirán los niveles de coordinación, concertación y la realización de alianzas estratégicas con municipios, gobernaciones, sectores y otras instituciones dirigidas a incidir en los determinantes de salud.

El Ministerio de Salud cuenta con normas nacionales: Sobre Calidad de Atención. Redes: Municipal de Salud Familiar, Comunicaría Intercultural, Red Municipal SAFCI y Red de Servicios de Salud. R.M. N° 1036, Referencia y Retorno, Caracterización de Centros de Salud y Hospitales de Segundo Nivel, estas normas serán reajustadas de acuerdo a la Ley del Sistema Único de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural.

2.6. Proceso de construcción de las políticas del Sector Salud.

La políticas de salud son el resultado de análisis, reflexiones y propuestas de los representantes de las naciones indígena originario campesinos, comunidades interculturales, universidades, organismos internacionales, del Sistema Nacional de Salud, reunidos en los nueve departamentos de Bolivia y congregados posteriormente en una reunión –taller de nivel nacional cuyo objetivo fue la de sistematizar todas las propuestas realizadas en los talleres de los nueve departamentos.

2.7. Problemas identificados para la implementación y ejecución de las políticas del sector,

- 6.1. Perspectivas y lógicas ancladas en un quehacer, fragmentado, biologicista y medicalizado, correspondiente a la lógica de un Estado – Nación monocultural.
- 6.2. Cambios frecuentes de autoridades y por ende interrupción de procesos de cambio y transformación iniciados con voluntad política.

III. MARCO DE POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS

3.1. Visión de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

Esta dirigida a:

“Consolidar una masa crítica laboral comprometida con los cambios que se vienen dando en el país en general y con las políticas del sector de salud en particular, capaces de constituir equipos de salud con una perspectiva integral/holística intercultural, basados en los principios de solidaridad, equidad, complementariedad y reciprocidad en todos los niveles de complejidad articulados en redes intra e inter

–sectoriales, que promuevan el verdadero ejercicio del derecho a la salud, brindando servicios de salud en una relación horizontal y simétrica a las diversas culturas y cosmovisiones articulando y complementando conocimientos, saberes, sentires y prácticas dirigidos a que “Vivir Bien”., las familias y las comunidades”

3.2. Aprobación de la Política de Desarrollo de RHUS

El Ministerio de Salud y Deportes cuenta con una Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud aprobada mediante Resolución Ministerial N° 1233.(**Anexo IV**)

3.3. Articulación de la Política de desarrollo de RHUS con las políticas nacionales y del sector.

La Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud se encuentra totalmente articulada al Plan Nacional de Desarrollo Económico: Bolivia Digna Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” y por ende a las políticas del Sector de Salud.

3.4. Principales líneas de acción de la Política de Desarrollo de RHUS

Se han identificados seis líneas de acción:

Línea de acción 1: **Socialización** de las Políticas Nacionales, de Salud y de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos.

Línea de acción 2: Gestión y Administración de Recursos Humanos en Salud.

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

Línea de acción 4: Sistema de información de Recursos humanos en Salud articulado al SNIS

Línea de acción 5: Sistema de investigación en salud.

Línea de acción 6: *Creación* del Centro de Formación de Salud Familiar Comunitaria Intercultural

3.5. Proceso de formulación de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

En la gestión 2007 siendo Ministra de Salud y Deportes la Dra. Nila Heredia, se ve la necesidad de construir la política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, necesidad que es analizada y pensada como respuesta a las exigencias de los cambios que se vienen dando en el país en general y del sector salud en particular,

La Política de Desarrollo de Recursos Humanos se elaboro en tres talleres nacionales con la participación de representantes de las facultades de Ciencias de la Salud de las diez Universidades Publicas, la Universidad Católica Boliviana, representante de los nueve Servicios Departamentales de Salud (SEDES), representantes de las organizaciones sociales (COB, CONAMAQ, CSUTCB, CIDOB, APG, Bartolina Sisa, Movimiento de Mujeres “Juana Azurduy de Padilla”, Comunidades Interculturales) Colegios de profesionales del área de Salud) Representantes de las Direcciones Generales (Planificación, Servicios, Promoción de la Salud) representantes de las diferentes Unidades (Salud Comunitaria y Movilización Social, RMSAFCl), representantes de los trabajadores de Salud, Escuelas de Salud Pública del Ministerio de Salud y Deportes y representantes de la OPS/OMS.

Las convocatorias para los tres talleres nacionales fueron efectuadas por lo/as Ministros//as, se hizo el debido seguimiento telefónicamente desde el Despacho de la MAE del Ministerio de Salud y Deportes.

3.6. Estrategia de socialización de la Política de Desarrollo de RHUS.

6.1. Aprobación de la Política mediante Resolución Ministerial N° 12 33.

6.2. Se presento la Política de Desarrollo de RHUS en un Acto Oficial al que fueron invitados Organismos de Cooperación Internacional, Facultades de Ciencias de la Salud de la UMSA y de la UPEA, Colegios profesionales del área de salud, organizaciones sociales, personal del Sistema Nacional de Salud.

En una jornada de trabajo se socializó dicha Política a directores o jefes de recursos humanos de las ocho Cajas de Seguridad Social.

Se cuenta con una Estrategia de Socialización de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos a nivel nacional que por cambio de autoridades no se pudo ejecutar. **(Anexo V).**

3.7. Participación en las instancias de integración Sub-regionales.

7.1. Una de las reuniones, de vital importancia es la realizada en Toronto Canadá, instancia en la que se formularon cinco desafíos y 20 metas con relación a recursos humanos en salud, dicho evento marco el norte para la formulación de acciones de la OPS/OMS y de los países miembros.

7.2. En reunión de Ministras/os del Área Andina, realizada en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra de Bolivia el 30 de marzo del 2007, se ratifican los desafíos y las metas establecidas en Toronto, reunión que le otorga una real importancia a este tema.

7.3. En noviembre del año 2007, tuvo lugar en la ciudad de La Paz – Bolivia la reunión de la Sub –región Andina, espacio en el cual se revisó, analizó y complementó el Plan Decenal de Recursos Humanos del Área Andina y MERCOSUR, Plan que contempla cinco líneas de acción: 1) Desarrollo de capacidades nacionales para el ejercicio de las funciones de rectoría, definición e implementación de políticas, procesos de planificación y gestión. 2) Monitoreo y evaluación de las 20 metas de Toronto. 3) Desarrollo de una inteligencia colectiva para el manejo y utilización e información de RHUS. 4) formación de especialista en gestoría de RHUS – CIRRUS – 5) Investigación y gestión de la migración, Plan que fue aprobado en la Trigésima Octava de Ministros y Ministra – REMSAA 2008 – realizada en Quito Ecuador.

7.4. Hay avances significativos en las cinco líneas de acción.

3.8. Lecciones aprendidas

8.1. La construcción de la Política de Desarrollo de RHUS constituyó un espacio para conocernos y conocer nuestros imaginarios y los dispositivos fundamentales manejados por los participantes con relación a RHUS., evidenciándose posiciones diferentes, en algunos aspectos en otros totalmente coincidentes..

8.2. A trabajar en la diferencia y las discrepancias epistemológicas, teórica, metodológicas y técnicas.

8.3. Se aprendió a concertar y generar consensos

8.4. Se aprendió mucho de los conocimientos, saberes y prácticas de los representantes de las organizaciones sociales.

IV. DE LA COORDINACIÓN CON SECTORES CLAVES DEL GOBIERNO CON RELACIÓN AL PLAN ESTRATÉGICO DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO DE RHUS

4.1. Plan Estratégico Decenal de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en salud. *(Anexo VI)*

- Para viabilizar la implementación y ejecución de la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud se elaboró el Plan Estratégico Decenal de la misma, se trabajó con el método de la Planificación Estratégica. Las seis líneas de acción han sido operativizadas en proyectos inherentes a los problemas priorizados. Para cada proyecto se ha formulado un objetivo general, indicadores, resultados esperados, actividades a realizar/Quehacer, los recursos críticos y quien controla los mismos.
- Se han elaborado proyectos de monitoreo, seguimiento y evaluación de las actividades inherentes a cada proyecto, por otro lado, se hizo un cálculo presupuestario para cada uno de ellos, proyectos serán trabajados a través de consultorías.
- De los 36 proyectos que contiene el Plan Estratégico Decenal de la Política de Desarrollo de RHUS, se han priorizado para ser elaborados en la presente gestión 2010 los siguientes 12 proyectos:

4.2. Proyectos priorizados según ámbitos de acción

Proyectos	Ámbito1: Administración y Gestión de los RHUS
Proyecto1.1.	Redefinición de habilidades/competencias, destrezas y responsabilidades del Personal del Sistema Nacional de Salud
Proyecto 1.2	Compatibilización de leyes, decretos y reglamentos del Sector Salud.
Proyecto 1.3	Rediseño de la Carrera Sanitaria ÚNICA en el marco de las nuevas destrezas, habilidades y responsabilidades.
Ámbito 2: Educación en Salud	
Proyecto 2.1	Formación de RHUS en pre y postgrado (Auxiliar, técnico, licenciatura, especialidad, maestría, doctorado)
Proyecto 2.2.	Sistema de Monitoreo Seguimiento y Evaluación de los procesos inherentes al proyecto 2.1.
Proyecto 2.3	Educación Permanente en Salud en todas las áreas geográficas y de desempeño laborar en Salud
Proyecto 2.4	Sistema de Monitoreo, seguimiento y evaluación de las actividades del proyecto 2.3.
Proyecto 2.5.	Formación de Gestores para la implementación de la Política de Desarrollo de RHUS
Proyecto 2.6	Sistema de Monitoreo, Seguimiento y evaluación de las actividades inherentes al proyecto 2.
Ámbito 3: Investigación Clínico – Social y antropológicos.	
Proyecto 3.1.	Diagnóstico de primera aproximación de los contenidos curriculares ofertados en los postgrados, por instituciones formadoras de RHUS públicas, privadas e Instituciones Internacionales.
Proyecto 3.2.	Monitoreo, seguimiento y evaluación de las actividades inherentes del proyecto 3.1
Proyecto 3.3.	Fortalecimiento al Sistema Nacional de Información de RHUS articulado al SNIS,

4.3. Del ámbito de Administración y Gestión de RHUS

Se han realizado las gestiones preliminares ante la OPS/OMS y Cooperación Española, próximamente la MAE del Ministerio de Salud y Deportes convocará a una Reunión Interagencial de Cooperación Internacional para explicar el Plan Estratégico Decenal de la Política de Desarrollo de RHUS y establecer compromisos de apoyo económico – financiero para la ejecución de los mismos.

4.4. Del posicionamiento de la Política de Desarrollo de RHUS en la Agenda del Ministerio de Salud y Deportes.

La Dra. Nila Heredia Vice –Ministra de Salud y Promoción del Ministerio de Salud y Deportes, lidera la elaboración de la Ley sobre el Sistema Único de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural, se ha visto la necesidad de incorporar en la Ley dos o tres artículos con relación a RHUS

4.5. Dificultades en la elaboración del Plan Estratégico Decenal.

No hubo ninguna dificultad en su elaboración, pero aún no fue aprobado por el cambio de autoridades.

4.6. Roles de los ministerios de Educación, Trabajo, Empleo y Previsión Social, Economía y Finanzas

El Decreto Supremo N° 29894 establece la estructura y atribuciones del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional. El siguiente cuadro da cuenta de las atribuciones comunes inherentes a los cuatro ministerios que son objeto de coordinación inter –sectorial..

6.1. Estructura y atribuciones del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional- D. S. 29894

N°	Ministerios	Atribuciones/roles	Ministerio de Salud y Deportes. Atribuciones/roles.
1	Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social	c) “Garantizar la inserción y estabilidad laboral de toda la población, considerando la equidad de género, así como de las personas con discapacidad, prohibiendo el despido injustificado” k) “Formular políticas salariales”	b) “Regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud conformado por los sectores de seguridad social a corto plazo, público y privado con o sin fines de lucro y medicina tradicional” q) “Promover políticas y programas de prevención, rehabilitación, capacitación y reinserción de las personas con discapacidad”
		q) “Generar políticas de previsión social en la perspectiva de la construcción de un Seguro Social Universal, solidario y equitativo para la población boliviana”	Vice Ministerio de Salud y Promoción. c) “Elaborar normas y reglamentos para la implementación del Seguro Universal de Salud”
1.1.	Vice- Ministerio de Trabajo y Previsión Social	d) Promover políticas de prevención de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo y así mismo la difusión y el cumplimiento de normas laborales de seguridad y salud ocupacional	

6.1. Estructura y atribuciones del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional- D. S. 29894
(Continuación)

N°	Ministerios	Atribuciones/roles	Ministerio de Salud y Deportes. Atribuciones/roles.
2	Ministerio de Educación		
2.1.	Vice – Ministerio de Educación Superior de Formación Profesional	g) “Regular el funcionamiento de Escuelas Públicas de formación especializada” i) “Coordinar acciones para la participación boliviana en los acuerdos regionales y subregionales de educación superior de formación profesional” j) “Regular el funcionamiento de las instituciones educativas superiores privadas, públicas no autónomas, indígenas y de convenio”	j) “Regular el funcionamiento de todas las entidades formadoras y capacitadoras de recursos humanos del sector salud en coordinación con el Ministerio de Educación” Vice –Ministerio de Salud y Promoción. k) “Coordinar y promover la elaboración de normas y reglamentos para el funcionamiento de entidades de formación y capacitación de recursos humanos en el marco de las políticas del sector y de los convenios de Integración Docente Asistencial”
3.	Ministerio de Economía y Finanzas	j) “Establecer la política salarial del sector público”	
3.1.	Vice –Ministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal	f) “Reglamentar y aprobar escalas salariales de los Órganos y Entidades del Sector Público, en el marco de las disposiciones legales”	El o la Ministra/o, coordina con el Ministerio del ramo, las actividades inherentes a la formulación de la política salarial, incremento vegetativo del sector y creación de nuevos ítemes
3.2.	Vice –Ministerio de Pensiones y Servicios Financieros.	e) “Formulas políticas para extender los servicios financieros en áreas rurales y peri –urbanas”	

4.7. .El proceso de coordinación con sectores claves del Gobierno Nacional de Bolivia

7.1. Preparación de instrumentos para las entrevistas (**Anexo VII**)

Se preparó la GUÍA para la realización de las entrevistas manteniendo el fondo de las preguntas propuestas por la Regional de Recursos Humanos en Salud.

7.2. Resultados de las entrevistas.

N°	Preguntas	MINISTERIOS		Sistema Universitario de Bolivia
		<i>Trabajo, Empleo y Previsión Social</i>	<i>Educación</i>	Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana
Línea de acción 2: Gestión de RHUS				
1	Identificación de líneas de acción del Plan RHUS		Proyecto 2.1. Redefinición de habilidades/Competencias, destrezas y responsabilidades de RHUS. Univ. Privadas e Institutos de formación Técnica en Salud.	Proyecto.2.1. Redefinición de habilidades/Competencias, destrezas y responsabilidades de RHUS. Univ. Públicas.

7.2. Resultados de las entrevistas. (Continuación)

N°	Preguntas	MINISTERIOS		Sistema Universitario de Bolivia	
		Trabajo, Empleo y Previsión Social	Educación	Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana	
1	Identificación de líneas de acción Plan RHUS	Proyecto. 2.2. Compatibilización de leyes, decretos y reglamentos del Sector Salud, con base a la N.C.P.E.	Proyecto. 2.2. Compatibilización de leyes, decretos y reglamentos del Sector Salud, con base a la N.C.P.E.	Proyecto. 2.2. Compatibilización de leyes, decretos y reglamentos del Sector Salud, con base a la N.C.P.E.	
		Proyecto 2.3. Diseño y Gestión de la Carrera Sanitaria ÚNICA,	Proyecto 2.3. Diseño y Gestión de la Carrera Sanitaria ÚNICA,	Proyecto 2.3. Diseño y Gestión de la Carrera Sanitaria ÚNICA,	
		Línea de acción 3: Educación en Salud			
			Proyecto 3.1: Plan Estratégico General de Formación Continua de RHUS en Pre y Post – grado. Univ. Privadas e Institutos de formación Técnica en Salud	Proyecto 3.1: Plan Estratégico General de Formación Continua de RHUS en Pre y Post –grado. Univ. Públicas.	
			Proyecto 3.2: Normatización de la ejecución de los diferentes programas de formación en Pre y Postgrado en Univ. Privadas e Institutos de formación Técnica en RHUS	Proyecto 3.2: Normatización de la ejecución de los diferentes programas de formación en Pre y Postgrado en las Universidades. Públicas.	
			Proyecto 3.3: Formación de Gestores Especialistas en Desarrollo de RHUS. Univ. Privadas.	Proyecto 3.3: Formación de Gestores Especialistas en Desarrollo de RHUS. Univ. Públicas	
			Proyecto 3.4. Plan de ofertas de Postgrado RHUS. Univ. Privadas.	Proyecto 3.4. Plan de ofertas de Postgrado RHUS. Univ. Públicas.	
		Línea 4: Sistema de Información cuanti –cualitativo de RHUS			
			Proyecto 4.1: Construcción de un Sistema Nacional de Información de RHUS articulado al SNIS	Proyecto 4.1: Construcción de un Sistema Nacional de Información de RHUS articulado al SNIS	Proyecto 4.1: Construcción de un Sistema Nacional de Información de RHUS articulado al SNIS
			Proyecto 4.2. Creación del Consejo Nacional de RHUS	Proyecto 4.2. Creación del Consejo Nacional de RHUS	
		Línea de acción 5: Sistema de Investigación en Salud (Clínica –Social –Antropológico –Cultural)			
			Proyecto 5.1. Plan Estratégico General del Sistema de Investigación en Salud en una perspectiva intercultural. para el desarrollo	Proyecto 5.1. Plan Estratégico General del Sistema de Investigación en Salud en una perspectiva intercultural. para el desarrollo	

7.3. Resultados de las entrevistas.

N°	Preguntas	MINISTERIOS		Sistema Universitario de Bolivia
		Trabajo, Empleo y Previsión Social	Educación	Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana
			Proyecto 5.3. Construcción de la Política de Investigación en Salud.	Proyecto 5.3. Construcción de la Política de Investigación en Salud.
			Proyecto 5.4. Formación de Gestores de Investigación en Salud.	Proyecto 5.4. Formación de Gestores de Investigación en Salud.
2	Racionalidad o lógica de argumentación	- En el D.S. N° 2894 se establecen atribuciones a través de sus Vice – Ministerios para coordinar las actividades inherentes al Plan de RHUS del MS y D.	- El Ministerio de Educación, considera que los proyectos priorizados, inherentes a la seis líneas de acción de la Política de Desarrollo de RHUS, nos permitirá, primero contar con normas coherentes con los mandatos establecidos en la C.P.E Plurinacional.	- El Estatuto Orgánico de la Universidad Boliviana , establece en su Cap. I. Misión. Art.4. “La formación de profesionales idóneos, , con calidad humana, excelencia científica..., promover investigaciones científicas, estudios humanísticos, recuperando los saberes ancestrales...contribuir a la defensa de la soberanía del país y el compromiso con la liberación nacional y social”
			Segundo, continuar y profundizar el trabajo ya iniciado sobre la modificación de los diseños curriculares en general y en particular de las Facultades de Ciencias de la Salud de Universidades Privadas, tal como establece la Constitución Política del Estado en los Art, 91, puntos I.y II. y Art. 92, y el Modelo de SAFCI que implementa el MS y D..	Cap. II. Principios.Art.5. Inc. m) “La relación con el entorno exige la apertura a las diversas manifestaciones culturales en un permanente diálogo...” "Cap. IV. Objetivos. Art.10. Inc. f) “Defender los recursos humanos y naturales del país”.
3	Niveles de coordinación e intervención en el desarrollo del Plan	- No existió relación y participación directa. A partir del Plan de RHUS que se propone desarrollar el MS y D intersectorialmente, esta relación y participación deberá ser permanente.	-El Ministerio de Educación, realiza coordinaciones puntuales sobre Residencias Médicas, a través del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación.	- La coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes se lo efectúa a través del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación, la misma que actualmente se reduce al tema de las residencias médicas

7.4. Resultados de las entrevistas.

N°	Preguntas	MINISTERIOS		Sistema Universitario de Bolivia
		Trabajo, Empleo y Previsión Social	Educación	Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana
			-- La coordinación tendrá que ser permanente con el MS y D. para incorporar el componente de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural en las currícula de las Facultades de Ciencias de la Salud de las universidades privadas..	- La Política de Desarrollo de RHUS, consideramos que constituye un dispositivo fundamental para analizar, reflexiona, participar y coordinar de manera permanente, más aún si la Política de RHUS, fue construida con el concurso de representantes de las Facultades de Ciencias de la Salud de la Universidad boliviana.
4	Mecanismos establecidos, reglas y procedimientos para la coordinación.	- El Decreto Supremo 29894, establece atribuciones para ambos ministerios en relación a RHUS, pero también existen otros ámbitos de coordinación (...construcción de un Seguro Universal solidario y equitativo. Promover políticas de prevención de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo...) Salud y Seguridad Ocupacional	- Los establecidos en el Decreto Supremo 29894. y en la Constitución Política del Estado Plurinacional. - Coordinar la puesta en marcha del programa de Post-grado en "Medicina Comunitaria", que se tiene previsto desarrollar en el marco del ALBA. -	- La Universidad boliviana, asume lo establecido en la Constitución Política del Estado en la Sección II. Art. 91.puntos I. y II. Art. 93, punto II. Art.97, y lo establecido en el Estatuto Orgánico de la Universidad Boliviana.
5	Regularidad en las relaciones y coordinaciones.	- No existe relación entre ambos Ministerios inherente al Plan de RHUS. -Por las atribuciones de la Dirección General de Previsión Social, sobre todo en la elaboración del Plan de Extensión de Cobertura del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo, aseguramiento público de salud, la realización de inspectorías laborales y médicas a los entes gestores de la Seguridad Social, construir políticas y programas de seguridad y salud ocupacional.	- Las relaciones entre ambos ministerios no son permanentes, sin embargo consideramos que la Política de RHUS, es un buen elemento catalizador para analizar, reflexionar y desarrollar actividades de manera conjunta.	- Existe coordinación con relación a la formación de médicos en el ámbito de las especialidades, es decir, de las residencias médicas, esta relación y coordinación no es permanente.

7.5. Resultados de las entrevistas.

N°	Preguntas	MINISTERIOS		Sistema Universitario de Bolivia
		Trabajo, Empleo y Previsión Social	Educación	Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana
6	Experiencia del relacionamiento, problemas principales, lecciones aprendidas	<ul style="list-style-type: none"> - No existe ninguna experiencia con respecto a la política y /o planes de RHUS. - Se coordino y trabaja en forma conjunta con el Instituto Nacional de Seguridad Social (INASES) el Plan de Extensión de Cobertura de la Seguridad Social de Corto Plazo, se busca una retroalimentación permanente en temas de Seguridad Social a Corto Plazo. - En las otras áreas como Salud Ocupacional, aún la relación y coordinación no es muy sostenida. El propósito es fortalecer estas relaciones y coordinaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - El Ministerio de Educación, es parte del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial, en la que también la Universidad Boliviana a través del CEUB, es un actor principal, sin embargo; con esta instancia existe un relativo distanciamiento debido a su autonomía. - Al haber identificado proyectos comunes de la Política de Desarrollo de RHUS, con el CEUB y el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social, se tendrán experiencias positivas, 	<ul style="list-style-type: none"> - El Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana, es miembro nato del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación. La experiencia en el marco de la formación de RHUS, se limita a las Residencias Médicas. - Existe distanciamiento entre la Universidad y el Gobierno, siendo este distanciamiento histórico. - A partir de haber construido en forma conjunta la Política de RHUS, su implementación y ejecución deberá ser una tarea conjunta, ya que los proyectos identificados constituyen desafíos e implica realizar un trabajo coordinado y concertado., es decir, sin imposiciones de ningún lado.
7	Principales actores que influyen positivamente en la concertación para el desarrollo del Plan de RHUS	<ul style="list-style-type: none"> - Las disposiciones técnicas y administrativas de ambos ministerios. - El Decreto Supremo 29894 	<ul style="list-style-type: none"> - Constituyen La Universidad Boliviana, El Ministerio de Salud y Deportes y el Ministerio de Educación. Tres instituciones que tienen mandatos concretos en el ámbito de formación por la CPE. 	<ul style="list-style-type: none"> - El Ministerio de Salud y Deportes, La Universidad Bolivia y el Ministerio de Educación ya que las tres instituciones están involucrados en la formación de RHU y tienen mandatos concretos por la CPE.
8	Mecanismos de construcción de viabilidad del Plan de RHUS y mejoramiento de las concertaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Crear un Comité interinstitucional técnico donde se coordine, discuta y se presenten propuestas inherentes al Plan y la Política de Desarrollo de RHUS 	<ul style="list-style-type: none"> -- Fortalecer al Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación, previa evaluación de su funcionamiento y a partir de dichos resultados, efectuar una reingeniería total, que constituya un verdadero mecanismo que viabilice la Política de RHUS, manteniendo su perspectiva, significado y alcance de la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> - Es el Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación, sin embargo; éste requiere de una reingeniería total, para que se convierta en un verdadero mecanismo que de viabilidad a la Política de Desarrollo de RHUS en la perspectiva y marco integral y holístico que la misma esta formulada.

7.6. Resultados de las entrevistas.

N°	Preguntas	MINISTERIOS		Sistema Universitario de Bolivia
		Trabajo, Empleo y Previsión Social	Educación	Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana
9	Describir un caso real de “negociación” para viabilizar un componente del Plan de RHUS (carrera sanitaria, incentivos al desempeño...	- Resolver temas administrativos formulados por los trabajadores del sector salud relacionados con el régimen laboral, disciplinario, la carrera Sanitaria ÚNICA y registro de RHUS.	- Propiamente no fue negociación sino coordinación para ubicar a los 800 estudiantes de 4to y 5to, año de medicina llegados de Cuba. Con el Ministerio de Salud para que disponga de Centros de Salud y hospitales de 2do., nivel., con el CEUB, se firmo un Convenio para que al concluir su formación sean las universidades del Sistema Universitario los que extiendan el Título Académico.	- Todos los proyectos identificados inherentes a las líneas de acción de la Política de RHUS, requieren de una real coordinación y concertación. - Un espacio de coordinación podrán constituir las sectoriales de las facultades de Ciencias de la salud que periódicamente se llevan a cabo en el Sistema Universitario boliviano.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

N°	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
1	El Ministerio de Salud y Deportes cuenta con la Política de Desarrollo de Recursos Humanos en salud aprobada mediante Resolución Ministerial N° 1233	-Debe ser socializada a nivel nacional llegando al conjunto de los actores sociales involucrados en la formación de RHUS, Organizaciones sociales, personal del Sistema Nacional de Salud, ministerios, asambleistas legislativos plurinacionales y Organismos Internacionales.
2	El Ministerio de Salud y Deportes cuenta con un Plan Estratégico Decenal de la Política de Desarrollo de RHUS	- Debe ser analizado, reflexionado por las actuales autoridades del Ministerio de Salud y Deportes y posteriormente socializado a nivel de los sujetos y actores sociales involucrados en la formación de RHUS, las organizaciones sociales, municipios, personal del SNS, entre otros y aprobado mediante Resolución Ministerial y comenzar con la elaboración, implementación y ejecución de los diferentes proyectos inherentes a las seis líneas de acción de la Política de Desarrollo de RHUS. - Convocar a una reunión Interagencial con el objetivo de lograr apoyo técnico y económico.. - Se debe incorporar en el Plan Estratégico Sectorial de Salud
3	Se requiere la constitución de un equipo de profesionales para que se implemente y ejecute el Plan Estratégico Decenal de la Política de Desarrollo de RHUS	- Aprovechar la reformulación del POA para incorporar en el mismo al equipo de profesionales requerido. Inicialmente podrían ser consultores de línea y posteriormente de planta con ítems.
4	Las coordinaciones, concertaciones con los ministerios y las instituciones formadoras de RHUS, son esporádicas pese a contar con normas establecidas por el Gobierno Nacional y por el Estatuto Orgánico de la Universidad Boliviana.	- Establecer en forma conjunta una estrategia de concertación en base a los proyectos inherentes a las seis líneas de acción, por los ministerios y el Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana – CEUB -.

ANEXOS

ANEXO I. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. (Documento Físico)

ANEXO II.

- a) Plan Nacional de Desarrollo. "Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien". (Documento Físico)
- b) Plan Sectorial de Salud. (Documento Físico)

ANEXO III.

- a) Decreto Supremo N° 29601. (Documento Físico)
- b) Reglamento: Salud Familiar, Comunitaria Intercultural. (Documento Físico)

ANEXO IV. Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. (Documento Físico)

ANEXO V. Plan Estratégico de Socialización de la Política de Desarrollo de RHUS.

ANEXO VI. Plan Estratégico Decenal de la Política de Desarrollo de RHUS.

ANEXO VII. Guía de entrevistas.

ANEXO VIII. Sistematización de las principales leyes, decretos, reglamentos con relación a Recursos Humanos en Salud.

23 de abril, 2010
LA PAZ - BOLIVIA

, los que fueron elaborados con la participación de sujetos y actores sociales de la sociedad civil organizada, vale decir, con los movimientos sociales, universidades, instituciones públicas y privadas y organismos de Cooperación Internacional presentándose productos que constituyeron los insumos necesarios para los debates de la Asamblea Constituyente., que después de una serie de tensiones y conflictos presentes en ella dos proyectos cualitativamente distintos de construcción de país, se aprobó la Nueva Constitución Política del Estado en diciembre del 2008.