



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA MAGISTER EN SALUD PÚBLICA 2005

“Diseño de recomendaciones sobre políticas y estrategias para incentivar la permanencia de recursos humanos médicos en el sector rural de Bolivia”

PROFESOR GUÍA: DR. OSCAR ARTEAGA HERRERA
ALUMNA: MARIANA JOSÉ GARECA ARIZAGA

Otoño, 2007

Dedicatoria:

A Rosario y Pedro, mis amados padres.

Agradecimientos:

Al Dr. Oscar Arteaga, profesor y tutor de mi tesis, por compartir su sabiduría, por su paciencia y empatía al acoger esta investigación con sus falencias y potencialidades.

A los profesores de la Escuela de Salud Pública, por transmitir conocimientos y experiencia.

Al personal de la Escuela de Salud Pública, por su cortesía.

A los participantes de esta investigación, por su tiempo y valiosa contribución.

A mis amigos, por su paciencia en la traducción e interpretación de modismos chilenos, por el apoyo incondicional en momentos difíciles, por acompañarme cariñosamente en esta etapa, siempre les estaré agradecida.

I. INTRODUCCIÓN

Las diferentes Reformas del Sector Salud implementadas durante las últimas décadas en países Latino Americanos y del Caribe, tuvieron un impacto heterogéneo en la temática de Recursos Humanos.

Uno de los principales problemas que persiste globalmente y que evidentemente se acentúa en aquellos países donde no se abordó el tema, es la inequidad en la distribución geográfica de recursos humanos, cuyos efectos componen parte de las llamadas “agendas inconclusas” (OPS/OMS, 2005) de países como Bolivia, cuyos indicadores de salud mantienen brechas urbano-rurales que no se han podido superar.

El convulsionado contexto político y social que prevaleció durante los últimos años en Bolivia, relegó a un segundo plano toda problemática concerniente al sector salud. En la actualidad, existe conciencia sobre la necesidad de implementar Políticas Nacionales de Recursos Humanos para Salud, por ello el afán de contribuir con éste propósito.

La presente tesis pretende diseñar recomendaciones sobre políticas y estrategias para incentivar la permanencia de recursos humanos médicos en el sector rural de Bolivia.

Para tal efecto, la investigación se enmarca dentro de la metodología cualitativa, donde por medio de entrevistas semi-estructuradas a 15 informantes clave, se pretendió privilegiar la interpretación de juicios, opiniones, visiones y experiencias del conjunto de entrevistados.

Se espera que la presente tesis se constituya en una herramienta de orientación no sólo para quienes se encargan de tomar decisiones, sino también para los actores involucrados e interesados en el tema.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Panorama Mundial de los Recursos Humanos para Salud

Los Recursos Humanos para Salud están constituidos por todas las personas que desempeñan labores de promoción, protección y recuperación de la salud.

Indudablemente, el rol ejercido por la fuerza laboral¹ es trascendental y vital para el desempeño de los servicios de salud. Por esta razón, a medida que los procesos de Reforma del Sector Salud se fueron implementando en distintos países, el protagonismo y la trascendencia de su labor, comenzaron a tomar relevancia, obteniéndose repercusiones con diferentes grados de impacto.

A nivel mundial surgió *Joint Learning Initiative* (JLI), (Iniciativa de Aprendizaje Conjunto en Recursos Humanos para Salud), que a través de siete grupos de trabajo identifican estrategias para fortalecer el desarrollo de la fuerza laboral en salud, orientando y afianzando planes de acción en el campo de los Recursos Humanos para Salud (JLI, 2004a).

En América Latina y el Caribe se constituyó el Observatorio de los Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud, para promover la investigación, fomentar la difusión de información y asesorar aquellos procesos involucrados en la toma de decisiones vinculadas a Recursos Humanos para Salud (LACRSS, 2005).

La contribución de ambos organismos internacionales en el tema de los Recursos Humanos para Salud, es fundamental y orientadora, tal como se referencia a continuación.

¹ La fuerza laboral de trabajo está conformada por personas que se han diferenciado socialmente por haber adquirido en un proceso, más o menos formal una serie de competencias que les permite contribuir a resolver problemas de salud de la población (Brito, 2002:4).

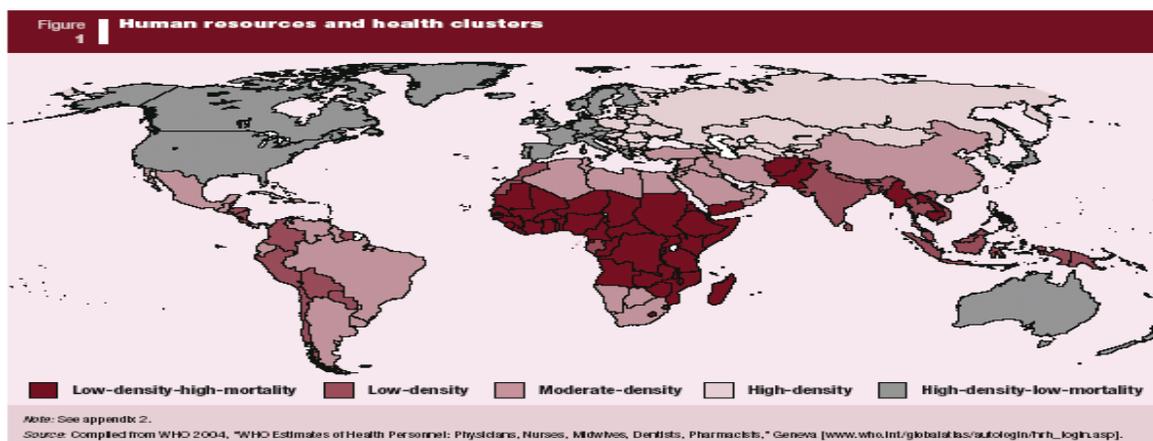
De acuerdo al Informe Estratégico 2004 de JLI "Recursos Humanos para Salud: Superemos la Crisis": se estima que además de los 24 millones de profesionales médicos, enfermeras y parteras, existen tres veces más individuos que trabajan en salud, ejerciendo labores en medicina tradicional, en la comunidad, o como auxiliares de los profesionales de salud.

Haciendo un análisis global, JLI clasificó 187 países conforme a la densidad de trabajadores de salud: baja, media y alta densidad de trabajadores de salud (considerando de baja densidad aquellos con menos de 2.5 trabajadores de salud por mil habitantes, los de media en el rango 2.5 y 5.0, y de alta densidad los que están por encima de 5.0 trabajadores por mil habitantes).

Asimismo, subdividió a los países de baja y alta densidad teniendo en cuenta la alta o baja mortalidad de los niños menores de cinco años. Los países de baja densidad y alta mortalidad infantil son mayoritariamente del África Subsahariana. Los restantes países de *baja densidad*, están comprendidos en Asia y *América Latina*. Estas regiones son además predominantes para naciones que tienen una densidad media. El grupo de países que tiene alta densidad, todos son desarrollados y poseen una economía sólida (Figura N° 1).

Figura N° 1

Densidad Mundial de Recursos Humanos para Salud. Año 2004.



Fuente: JLI, 2004a

La descripción señalada, muestra que la densidad de trabajadores de salud varía geográficamente en el globo y declara vigente uno de los problemas álgidos en el tema de los Recursos Humanos para Salud: inequidad en su distribución.

2.2 Inequidades en la distribución de Recursos Humanos para Salud

Casi todos los países, presentan desequilibrios geográficos en su fuerza laboral, con evidentes tendencias de inequidad en la distribución de Recursos Humanos para Salud.

Desde una perspectiva macro (mundial), encontramos la migración internacional de profesionales de la salud, de regiones de bajos ingresos a regiones de altos ingresos. A nivel micro (nacional), los flujos transnacionales de migración interna, tienden a la concentración urbana agravando las condiciones de exclusión en áreas rurales.

En la literatura (JLI, 2004b), se agrupan 3 categorías problemáticas compuestas por factores que inciden en grados diferentes a la problemática de mala distribución geográfica de los recursos humanos para salud:

Tabla Nº 1

Problemas atingentes a la mala distribución de recursos humanos

Problemas Endémicos	Problemas Seculares	Educación
Aislamiento geográfico	Migración	Acceso
Situación social	Crecimiento del mercado laboral privado	Calidad
Situación económica	Desarrollo tecnológico	Práctica multidisciplinaria
Condiciones laborales		

Adaptado de HRH Demand and Management: Strategies to Confront Crisis, 2004.

La complejidad y heterogeneidad de los mencionados factores, dificultan en ocasiones el discernimiento para abordar la temática en pos de soluciones estratégicas.

Adicionalmente la ausencia y/o escasa atención para diseñar políticas públicas concernientes a recursos humanos, ha dificultado el proceso para concretar las metas de salud en las Américas, tal como lo reconoce el Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el siglo XXI: “Las consecuencias evidencian la persistencia de tasas elevadas de mortalidad infantil, de fecundidad y mortalidad materna, el alto impacto de la malnutrición, enfermedades transmisibles y no transmisibles, sumados a problemas emergentes y a la propagación de a drogadicción y la violencia, que forman parte de la denominada agenda inconclusa.” (OPS/OMS, 2005: 4).

Bolivia es uno de los países Latino Americanos donde la repercusión al llamado de Organizaciones Internacionales para implementar Políticas de Recursos Humanos en el Sector Salud tuvo poco impacto, las consecuencias y necesidad del cambio se describen a continuación.

2.3 Bolivia

2.3.1 Situación demográfica, social y económica

Figura N° 2

Bolivia, mapa de división política



Fuente: www.aymara.org

Geográficamente Bolivia se encuentra en el centro de Sur América, posee una extensión territorial de 1.098.591 km².

Esta conformada por nueve departamentos: Beni, Chuquisaca, Cochabamba, La Paz, Oruro, Pando, Potosí, Santa Cruz y Tarija (Figura N° 2).

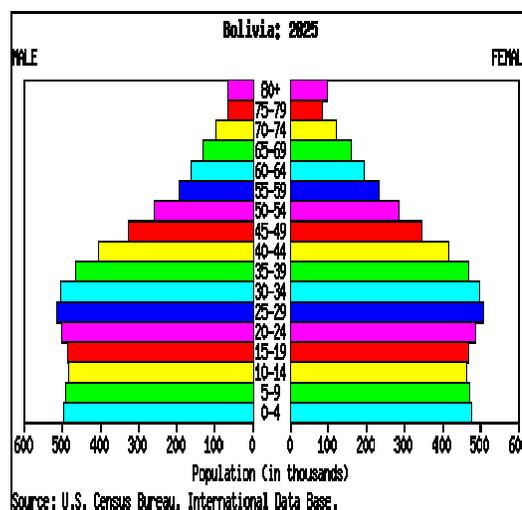
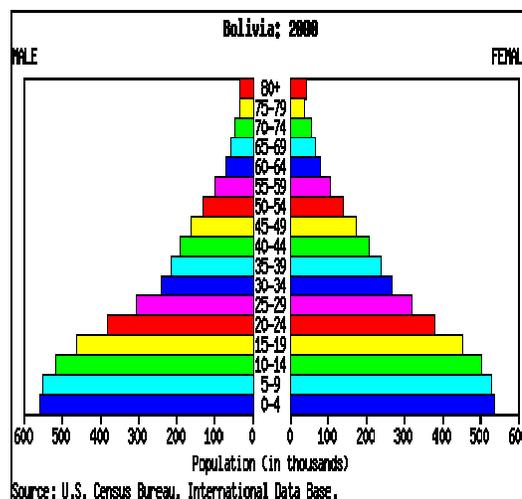
Resultados del Censo 2001, identificaron 8.274.325 habitantes en Bolivia, con una densidad poblacional² de 7,6 habitantes por km². Según proyecciones de población para el año 2005 la cifra aumenta a 9.427.219 habitantes.

La distribución por grupos etáreos, muestra que Bolivia se encuentra en transición demográfica incipiente (CEPAL, 1996) tal como se observa en la Figura N° 3.

El 50,2% de la población es de sexo femenino. Existen 37 etnias identificadas cuyos miembros conforman un 57% del total de habitantes (INE, 2001).

De acuerdo a la distribución geográfica de la población, el 62,4% se concentra en áreas urbanas y el 37,6% restante en áreas rurales.

Figura N° 3
Bolivia: Pirámides Poblacionales
Años 2000 y 2025



Fuente: Census Bureau, Internacional Data Base.

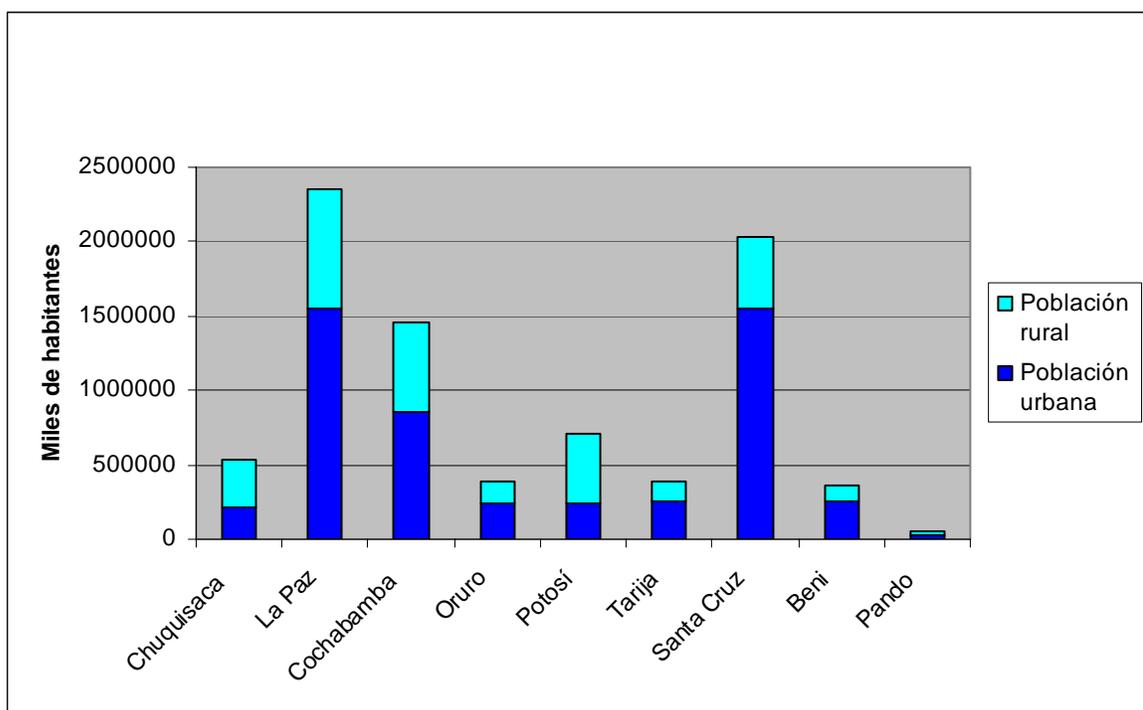
² Densidad poblacional es el cociente entre el número de habitantes de un área geográfica y la superficie en kilómetros cuadrados de dicha área geográfica.

Cabe destacar que la mayor concentración de la población, converge principalmente en 3 capitales de departamentos: La Paz, Santa Cruz y Cochabamba (Gráfico N° 1), considerados el eje central y económico del país.

Los departamentos que cuentan con mayor porcentaje de población rural son Potosí (66%), Pando (60%) y Chuquisaca (59%).

Gráfico N° 1

Bolivia: Población según Departamento y Área Geográfica. Censo 2001.



Fuente: INE, 2001

Algunos indicadores socio-demográficos obtenidos en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, que reflejan diferencias urbano-rurales en Bolivia son:

Tabla Nº 2

Bolivia: Indicadores Socio-Demográficos según Área Geográfica. Censo 2001.

Indicador	Nacional	Urbana	Rural
Tasa Anual de Crecimiento Intercensal	2,74%	3,62%	1,42%
Tasa Global de Fecundidad ³	4,4	3,6	6,2
Tasa bruta de Mortalidad ⁴ (Por 1000 hab.)	8	-	-
Esperanza de vida al nacer ⁵	64	-	-
Tasa de Mortalidad Infantil ⁶ (Por 1000 NV)	66	55	86
Tasa de Alfabetismo ⁷	83,7	93,6	74,2
Promedio Años de estudio ⁸	7,4	9,2	4,2
Población Pobre ⁹	58,6%	39,1%	90,8%

La PEA¹⁰ corresponde al 37% del total poblacional, 62% de ésta se ubica en áreas urbanas (LACRSS, 2004).

³ Tasa Global de fecundidad, es el número de hijos que en promedio tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad del periodo en estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el termino del periodo fértil.

⁴ Tasa Bruta de Mortalidad, es el cociente entre el número medio anual de defunciones ocurridas durante un periodo determinado y la población media del periodo.

⁵ Esperanza de vida al nacer, representa la duración media de la vida de los individuos de una cohorte hipotética de nacimientos, sometidos en todas las edades a la mortalidad del periodo de estudio.

⁶ La Tasa de Mortalidad Infantil explica las muertes de niños y niñas menores de 1 año con respecto al total de nacidos vivos.

⁷ La Tasa de Alfabetismo es igual al cociente del número de personas de 15 años y más de edad que saben leer ni escribir entre el total de la población del mismo grupo de edad.

⁸ Los años de estudio se refiere a los cursos aprobados en el sistema educativo escolar y superior. El sistema educativo escolar considera inicial, primaria y secundaria, el superior considera licenciatura, técnico de universidad, técnico de instituto, normal y militar o policial.

⁹ De acuerdo al enfoque de Necesidades Básicas Insatisfechas, la población pobre es aquella que no cumple con mínimos niveles de bienestar asociados a las características de la vivienda, disponibilidad de servicios de agua y saneamiento, insumos energéticos, nivel educativo y acceso a servicios de salud.

¹⁰ Población económicamente activa (PEA) comprende a todas las personas de 10 años o más que trabajan o buscan trabajo activamente.

Datos del año 2003 muestran que conforme a la distribución porcentual de categorías ocupacionales, el 37,79% de la población se dedica a la agricultura, pecuaria y pesca, el 18, 59% a la industria extractiva, construcción e industria manufacturera, el 17,03% al comercio, los trabajadores no calificados forman el 11,06%, los operadores de instalaciones y maquinarias representan un 4,42%, los profesionales científicos un 3,38%, los técnicos y profesionales de apoyo un 4,33%, los empleados de oficina un 1,95% y los directivos de la administración pública o privada un 1,31% (INE, 2004).

El PIB Per Cápita alcanzó a 949 dólares el año 2004 (INE, 2004). El Gasto Nacional de Salud como porcentaje del PIB fue de 4,2% para el año 2004 (OPS, 2006).

Bolivia posee un IDH medio de 0,67 ocupando el lugar 104, del ranking establecido por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo el año 2001. “Del total de municipios el 16,08% (50) presentan un desarrollo humano medio, y el 48,55% (151) se encuentran dentro de la categoría de desarrollo humano muy bajo.” (LACRSS, 2004: 8).

2.3.2 Situación de salud

Bolivia está ingresando en un periodo de transición epidemiológica con disminución de causas de mortalidad de origen infeccioso, e incremento de enfermedades crónicas no transmisibles. “Un estudio realizado en el año 2000, estableció que la estructura de mortalidad se caracteriza por: 30,3% de las muertes fue por enfermedades del sistema cardiocirculatorio, 12,0% por enfermedades transmisibles, 10,7% por causas externas, 8,7% neoplasias, 5,4% por afecciones del período perinatal, 22,2% por las demás causas.” (OPS/OMS, 2004 a: 1).

La información sobre la divergencia entre indicadores de salud urbana y rural es escasa, sin embargo se exponen algunos datos proporcionados por Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2003 y por la Encuesta Post-censal de Mortalidad Materna y por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD).

Tabla Nº 3

Bolivia: Indicadores de Salud según Área Geográfica. ENDSA 2003.

Indicador	Nacional	Urbana	Rural
Tasa de Mortalidad Infantil	54	44	67
Tasa Global de Fecundidad	3,8	3,1	5,5
Razón de Mortalidad Materna (por 100.000 NV) ¹¹	30,6	15,4	64,3

Tabla Nº 4

Bolivia: Indicadores de Salud según Área Geográfica. MSD. Año 2005.

Indicador	Nacional	Urbana	Rural
Cobertura de Parto Institucional	-	64%	36%
Cuarto Control Prenatal	-	59%	41%
Neumonías en menores de 5 años	-	39%	61%
Diarreas en niños menores de 5 años	-	41%	59%

2.3.3 Caracterización del Sistema de Salud Boliviano

El sistema de salud boliviano se divide en tres sectores:

Público

Seguridad Social

Privado.

¹¹ Cociente entre el número de muertes maternas en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresado por 100.000 nacidos vivos, para un determinado país, territorio o área geográfica.

Adicionalmente se nombra la *Medicina Tradicional* por su relevancia y cobertura en la población indígena; las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs.), Iglesia y las FFAA también forman parte (en reducida proporción) del sistema de salud.

Los **servicios de salud** se organizan en *Redes de Salud*, donde se establecen cuatro niveles de gestión:

- 1) Nacional, representado por el Ministerio de Salud y Deportes.
- 2) Departamental, a través de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES).
- 3) Municipal, conformado por los Directorios Locales de Salud (DILOS).
- 4) Local, en el establecimiento de salud.

Tabla Nº 4
Bolivia: Modelo de gestión del Sistema de Salud

Ente Rector	Ministerio de Salud y Deportes		
Marco Legal	Ley Nº 1654 de Descentralización Administrativa	Ley Nº 1551 de Participación Popular	Ley Nº 1551 de Participación Popular
Atribuciones	Técnicas y Administrativas	Estructura y mantenimiento	Participación
Organismo	SEDES	Alcaldía Municipal¹²	Representante de la sociedad civil
Gestión Compartida	DILOS (Directorio Local de Salud)		

¹² Por mandato de la Ley Nº 2028 de Municipalidades, debe otorgar prestaciones de salud a la población mediante mecanismos de pago privados y públicos de otorgamiento de cobertura y asunción de riesgos colectivos (MSPS, 2003).

Sólo un 30% de la población esta cubierta por el Sistema Público, el 27% por la Seguridad Social y un 10% por el Sector Privado. El 33% restante no accede a servicios de salud o recurre a la medicina tradicional (OPS/OMS, 2004c); por tal efecto, el Ministerio de Salud y Deportes implementó el año 2003 el Programa de Extensión de Cobertura (EXTENSA) en municipios y comunidades seleccionadas, clasificadas por nivel de pobreza, dificultad de acceso, dispersión poblacional y composición étnica, es decir mayoritariamente indígena y originaria, para garantizar los servicios de salud, el SUMI (Seguro Universal Materno Infantil) y los programas de atención integral, con el propósito de eliminar la exclusión en salud en beneficio de las poblaciones rurales, sin embargo aún no presenta la ampliación y cobertura deseada y es otro ejemplo de iniciativas parciales y poco sostenibles, para hacer realidad la atención primaria integral, accesible e incluyente” (OPS/OMS, 2004a).

Los **niveles de atención** se clasifican conforme a la capacidad resolutive de los servicios:

- 1) *Primer nivel* de atención, recae en la atención ambulatoria.
- 2) *Segundo nivel* de atención, corresponde a los hospitales generales (que cuentan con las especialidades básicas: medicina interna, pediatría, cirugía, ginecología y obstetricia).
- 3) *Tercer nivel* de atención, está constituido por hospitales y centros de especialidades.

El marco normativo y legal concerniente a la gestión de recursos humanos por parte del Ministerio de Salud y Deportes, se describe en el recuadro.

El *Sistema de Retribuciones del Ministerio de salud y Deportes*, posee únicamente un incentivo pecuniario que podría estimular el desempeño de la fuerza laboral en áreas rurales:

“El bono de frontera” que gratifica a los recursos humanos que se desempeñen hasta 50 kilómetros de una frontera Boliviana con el estipendio de 20% adicional al sueldo básico (MSD).

Marco Legal y Normativo de Recursos Humanos

Ley Nº 1178 de Administración y Control Gubernamental

Regula los Sistemas de Administración y de Control de los recursos del Estado y su relación con los Sistemas Nacionales de Planificación e Inversión Pública. (Ley SAFCO).

Establece el Servicio Nacional de Administración del Personal, con los subsistemas de: Dotación de Personal, Evaluación del Desempeño, Movilidad de Personal, Capacitación y Registro.

Decreto Supremo 24237

Determina la provisión de recursos humanos para la prestación de servicios de salud a cargo de las Prefecturas de departamento, que a la vez deben regirse por el Sistema Nacional de Administración de Recursos Humanos de Salud del Ministerio de Salud y Deportes.

Decreto Supremo 28909

Estatuto del Trabajador en Bolivia

Regula las relaciones laborales entre los trabajadores de salud y el Ministerio de Salud y Deportes. Establece los derechos y deberes de los trabajadores, las condiciones que garantizan su actividad y la jornada laboral de 6 horas.

Ley Nº 2235 del Diálogo Nacional 2000

Establece los criterios de distribución de recursos del “Programa de alivio de la deuda externa multilateral” (HIPIC), otorgando anualmente \$us 8.500.000 para la contratación de personal de salud, lo cual se traduce en la incorporación de 2.209 ítems adicionales al sector salud, conocidos como ítems HIPIC (MSPS, 2003).

2.3.4 Mercado Laboral Médico de Bolivia

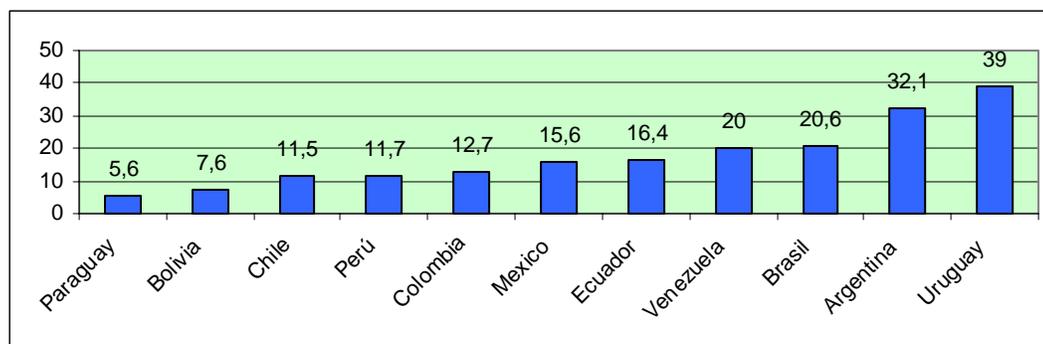
Bolivia cuenta con *54.181 Recursos Humanos en Salud*, de los cuales un 35,22% (15.916) se desempeñan en el sector público, la seguridad social abarca el 27,55% de recursos humanos, el sector privado emplea el 34,86% y las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs.) un 2,37% de la fuerza laboral para la salud (MSD, 2006).

La *distribución por categoría profesional* conforme a la estructura del Sistema de Salud, está compuesta en primer lugar por administrativos (25,25%), en segundo lugar están los médicos (24,23%), en tercer lugar las auxiliares de enfermería (22,23%), en cuarto lugar los tecnólogos médicos (10,56%), en quinto lugar las licenciadas en enfermería (10,51%) y finalmente los odontólogos (3,68%), (MSD, 2005), ver Anexo N° 1.

La tasa de médicos por 10.000 habitantes es de 7,6 para el año 2001, continúa siendo una de las razones más bajas de América (OPS, 2005). Cabe señalar que la disponibilidad y distribución territorial de recursos humanos en un país, depende de la interacción entre el sistema educativo y el sistema de salud.

Gráfico N° 2

América Latina: Tasa de Médicos por 10.000 habitantes. 2001



Fuente: OPS, 2005.

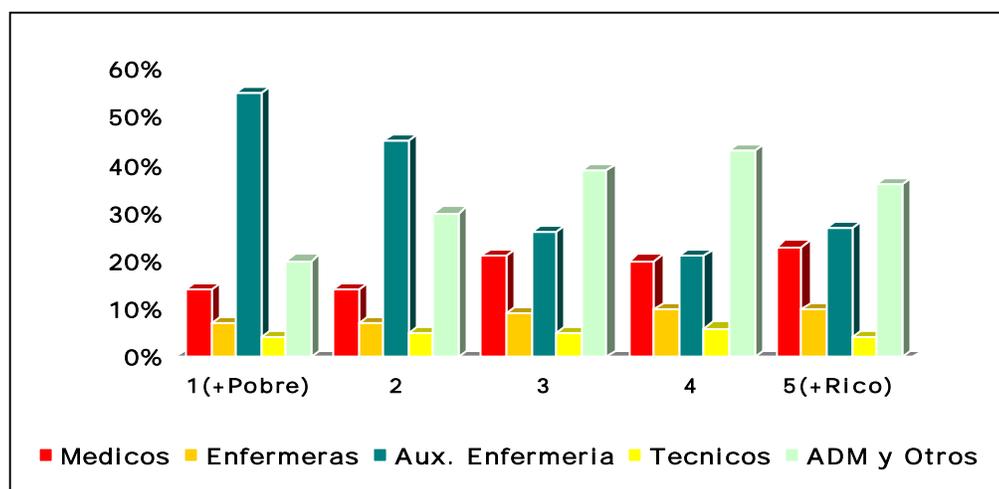
La distribución de médicos según el nivel de atención concentra a la mayoría: 43,27% en el tercer nivel de atención, al 18,67% en el segundo nivel y al 37,67% en el primer nivel de atención (MSD, 2006), ver Anexo N° 2.

La situación de los Recursos Humanos Médicos en el sector público, muestra una distribución de 77% en el área urbana y 23% en el área rural.

“Un estudio realizado por el Proyecto de Reforma de la Salud, muestra que de acuerdo a los quintiles de pobreza de los 315 municipios de Bolivia, los médicos se hallan en mayor número en los municipios de los quintiles 4 y 5 que son los menos pobres, con una relación entre 10 y 5 por 10.000 habitantes respectivamente, mientras que en los quintiles 1 y 2, que son los más pobres, ambos tiene una relación de 1 por 10.000 habitantes; el mayor número de recursos humanos en estos quintiles lo constituyen las auxiliares de enfermería.” (OPS/OMS, 2004b: 110). (Gráfico N° 3).

Gráfico N° 3

Distribución de Recursos Humanos Bolivianos para la Salud por Categoría e IDH Municipal. Año 2001.

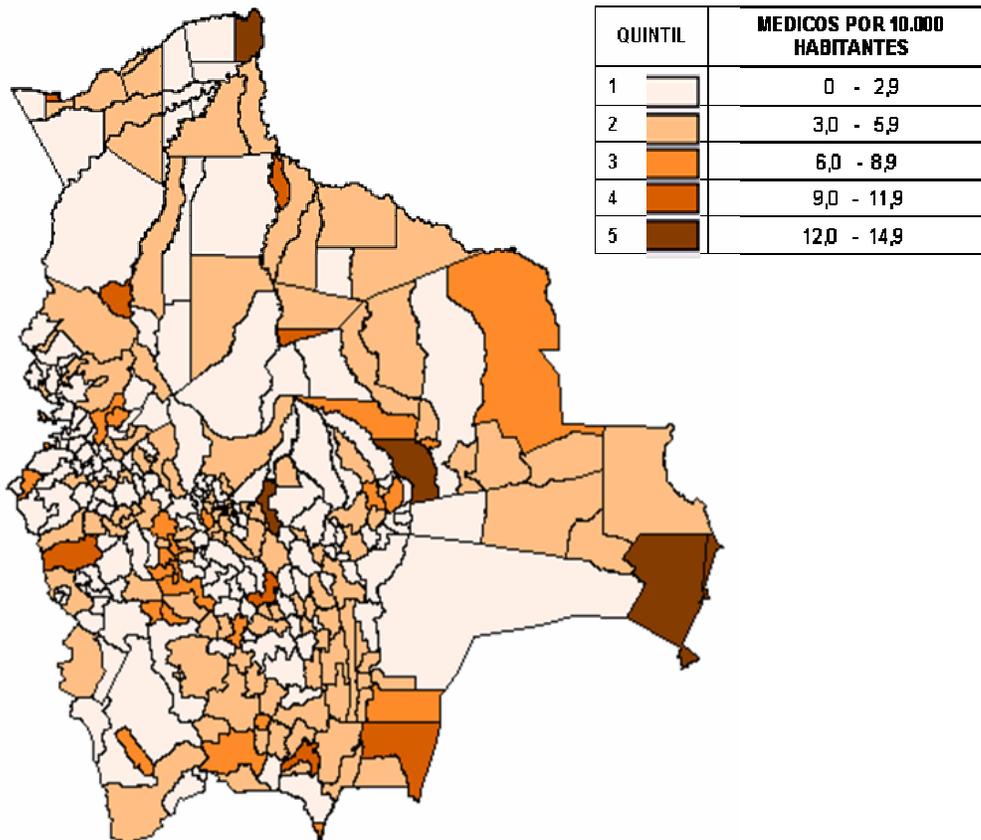


Fuente: Ministerio de Salud y Deportes. Nota: IDH Municipal 2001 INE/UDAPE.

Figura N° 4

Distribución Municipal de Médicos Bolivianos por 10.000 habitantes. Año 2005.

REFERENCIAS



Fuente: MSD, 2005.

Evidentemente la distribución de recursos humanos es inequitativa, concentrada en el área urbana, con detrimento del área rural. Rectificar el desequilibrio intrasectorial (regiones y niveles de atención), es factible por medio *de políticas basadas en incentivos*. En prosecución se exponen definiciones, clasificaciones, aplicaciones en los sistemas de salud y experiencias internacionales sobre este tipo de estrategia.

2.4 Incentivos

Etimológicamente “incentivo” proviene del latín *incentivum* y éste derivaba del verbo *incanare*, que significa “cantar”. La idea era incitar o motivar a alguien para hacer algo con una canción.

La aplicación de incentivos en diversos ámbitos laborales, ha llevado a muchos autores a abstraer el significado e impacto de los mismos. A continuación se citan algunas definiciones elaboradas al respecto:

World Health Report 2000 define incentivo como “todas las recompensas y castigos de los proveedores como consecuencia de las organizaciones donde trabajan, de las instituciones donde operan y las intervenciones específicas que proveen.” (WHO, 2000).

“En una perspectiva tradicional, los incentivos se pueden entender como los pagos que hacen las organizaciones a sus empleados, entre los cuales se encuentran los sueldos y premios remuneracionales, así como beneficios sociales y oportunidades de desarrollo y progreso, entre otros beneficios remuneracionales. Estos pagos son efectuados por la organización empleadora como respuesta a las contribuciones de los empleados, esto es el trabajo mismo, el esfuerzo y dedicación con que éste se efectúa, la puntualidad y no ausentismo, entre otros elementos.” (Arteaga, 2002: 11).

“El sistema de incentivo es una parte del mecanismo de conciliación de las necesidades y las estrategias del empleador y el empleado, porque la conciliación de las tareas y las necesidades se logra mediante un cierto grado de “esfuerzo conveniente” que se traduce en una relación contractual.” (Rígoli, 1999: 9).

2.4.1 Incentivos y Sistemas de Salud

En general, los sistemas de salud utilizan incentivos en distintos ámbitos laborales (de gestión, de prestación de servicios, etc.) con el propósito de direccionar a los trabajadores por sendas que conduzcan el cumplimiento de metas y objetivos trazados.

Como bien identifica Arteaga, los incentivos “pueden ser de *nivel macro* (ej. La política de práctica obligatoria de servicio público para poder obtener el título de médico en algunos países latinoamericanos); de *nivel meso* (ej. Compromisos de gestión suscritos entre el nivel central del Ministerio de Salud y niveles intermedios o regionales); y nivel micro (ej. Sistemas de calificaciones personales o pagos asociados al desempeño de tareas especiales como el trabajo de turnos).”, (Arteaga, 2002: 11).

Los incentivos basados en esquemas de remuneración, básicamente se agrupan dos categorías: *pro tempore*, como remuneración por tiempo contratado y *pro labore*, como remuneración por actividad o resultado (OIT, 1985). La Tabla N° 5 expresa los esquemas remuneracionales comúnmente utilizados por los sistemas de salud.

Tabla N° 6

Esquemas Remuneracionales utilizados por los Sistemas de Salud

Tipo de Incentivo	Descripción
Fee for Service	Pago por acto médico
Salario	Pro tempore
Capitación	Pago por paciente cuidado en unidad de tiempo
GDR (Grupo Relacionado a Diagnóstico)	Pago prospectivo por procedimientos estándares
Fundholding	Asignación de presupuesto

Fuente: Adaptado de Human Resources for Health in Europe

2.4.2 Algunas experiencias internacionales en el uso de incentivos

Varios países han tomado medidas para afrontar la inequidad en la distribución geográfica de recursos humanos en salud, a continuación se mencionan algunas estrategias implementadas como políticas nacionales o de estado.

En **Australia**, el gobierno estableció The “*Nacional Rural Health Strategy*” basada en los siguientes incentivos:

- General Practitioner Rural Incentives Program, que otorga un salario de 50.000 dólares por año, además de educación médica continua.
- Recruitment of Rural Students, las escuelas de medicina otorgan plazas para estudiantes provenientes de áreas rurales (Osmond, 2004).

En **Canadá**, las principales políticas y estrategias implementadas pueden agruparse en cuatro categorías:

1. *International Medical Graduate*, permite a médicos extranjeros desempeñarse en áreas rurales y optar por la licencia médica en un plazo de cinco años.

2. *Medical School Education*:

- Promueve programas de entrenamiento universitario localizados en áreas rurales.
- Ofrece plazas universitarias para estudiantes provenientes de áreas rurales.
- Durante la etapa de formación, se orienta a los estudiantes para optar entre dos especialidades: medicina familiar u otros programas de especialización.

- A través de Continuing Medical Education, los médicos que se desempeñen 5 años en áreas rurales, reciben educación médica continua.

3. *Incentivos Monetarios:*

- Location Bonuses, según la localización geográfica, se otorgan bonos de hasta un 50% adicional al salario básico.
- Tuition Bursaries, consiste en el financiamiento de la carrera de medicina a cambio del ejercicio de la profesión en áreas rurales durante 3 a 4 años.
- Salary or minimum income, se ofrece al médico la opción de escoger entre un salario fijo o el reembolso por la modalidad fee for service.
- Locum Remission Program, semejante a tuition bursaries, ofrece préstamos monetarios a médicos graduados.

4. Otras políticas y estrategias:

- Incentivos de la comunidad, como casas de hospedaje, contratos laborales para la pareja, etc.
- Sistema de puntuación, cada médico acumula cierta cantidad de puntos para poder trasladarse a centros urbanos.
- Telehealth, como parte del programa de educación médica continua.
- Estilos de vida, la comunidad trata de brindar buenas oportunidades educativas para los niños, así como ambientes recreacionales y culturales (Osmond, 2004).

En **Estados Unidos de Norteamérica**, “The Department of Health Resources and Services Administration” (HRSA), se encarga de producir información y guías de manejo respecto a la fuerza de trabajo en salud para todos los Estados de Gobierno (HRSA, 2002).

Se tipificó a todo el país en “ *Health Professional Shortage Area* (HPSA), en base a tres precisiones: el área seleccionada es apta para recibir atención primaria de salud, la cantidad de habitantes en el área es de 3500 por 1 médico y la atención primaria en áreas contiguas es distante o inaccesible.

Como estrategia para incentivar y retener profesionales de la salud (médicos, enfermeras, matronas y odontólogos) en áreas identificadas como HPSA, se creó “*The National Health Service Corps*” (NHSC), programa encargado de distribuir 116,9 millones de dólares en préstamos monetarios para financiar estudios (Educational Loan Repayment Program) y becas de estudio (Scholarship Program), (NHSC, 2002).

Por otro lado, “*Interdisciplinary Rural Training Grant Program*”, otorga 190.000 dólares a cada Instituto o Universidad de Ciencias de la Salud que entrene a sus estudiantes en áreas rurales. Se estima que un 54% de los alumnos que pertenecen al programa, decide desempeñarse en áreas rurales una vez finalizados sus estudios (NRHA, 2000).

Del mismo modo, HRSA a través de “*Health Professions Education Programs*” otorga 300 millones de dólares anuales a cada Institución de Enseñanza Universitaria que planifique rotaciones de sus estudiantes en áreas rurales del país (NRHA, 2000).

Otra estrategia implementada por HRSA es “*The Area Health Education Centres*” (AHEC), un programa de financiamiento para escuelas de medicina, centros de salud y escuelas de enfermería localizadas en áreas rurales. Cada AHEC provee

educación médica continua, acceso a librerías médicas y oportunidad de acceso a escuelas médicas de especialidades (NRHA, 2000).

En **Viet Nam**, 80% de la población vive en áreas rurales. A pesar de que el 84% de los Recursos Humanos para Salud desempeñan sus labores en dichas áreas, muchas veces el equipo de salud no está suficientemente capacitado para ejercer sus labores (en el nivel primario de atención los equipos de salud están constituidos por voluntarios que reciben cierto grado de entrenamiento).

Adicionalmente, el bajo nivel salarial (29 US\$ mensuales) ha ocasionado que el número de vacancias en áreas rurales vaya en progresivo aumento.

En vista de la situación descrita, Hanio School of Public Health y The Royal Tropical Institute, trabajaron conjuntamente para asesorar al Ministerio de Salud de dicho país, en pos de la identificación de incentivos para la retención de recursos humanos en áreas rurales.

El estudio aplicado en el Norte de Viet Nam concluyó que aunque los incentivos financieros son importantes, no son suficientes para motivar al personal, ya que incentivos no-financieros relacionados con la gestión del desempeño (reconocimiento de logros, supervisión de apoyo, acceso a capacitación, desarrollo de una carrera sanitaria), se preferían antes que los incentivos monetarios.

La identificación de estos factores motivacionales, dio pautas para que el Ministerio de Salud de Viet Nam, incorpore en la planificación política de recursos humanos incentivos no pecuniarios para retener al personal de salud en áreas rurales (Marjolein y col, 2003).

En **Brasil**, como consecuencia de una huelga hospitalaria el año 1993 en el Estado de Minas Gerais, se implementó la política estratégica “*gratificação de incentivo à efficientização de serviços*” que más tarde se reglamentó oficialmente por Ley estatal (Cherchiglia, M. y col. 1998). Adicionalmente, se aplican otras dos estrategias: el sistema de “*Gratificação de Interiorização*” y la “*Gratificação de Movimentação*” (Ministerio da Saúde, 1997). En el primer caso, se establece el aumento del 50% adicional sobre el salario base, para médicos y paramédicos, a objeto de aumentar la resolutivez en municipios alejados, de difícil acceso. En el segundo caso se concede hasta un 15% adicional al sueldo base a trabajadores de Unidades de Salud situadas en regiones administrativas distintas de la que residen.

En **Chile**, se establece el *Ciclo de Destinación* (Gráfico N° 4), consistente en la contratación de profesionales de la salud (denominados: Médico General de Zona, Enfermera General de Zona, Dentista General de Zona) por un periodo de destinación máximo de 6 años; como retribución, el Gobierno subvenciona la formación de especialistas a quienes se hayan desempeñado como “*Generales de Zona*”. Posteriormente, se agregó una variación al Ciclo de Destinación, con la idea subyacente de formar profesionales en especialidades faltantes para el sistema de salud, mediante una modalidad denominada Beca Primaria basada en la formación de los profesionales como especialistas al momento de egresar de la carrera con el compromiso de devolución de un periodo equivalente al de la formación en un hospital fuera de la región capital. Por otro lado, las modalidades de *Asignación de Zona* y *Asignación de Desempeño en Condiciones Difíciles* corresponden la Estatuto de APS y definen una carrera funcionaria, avocándose al incentivo por el buen desempeño. Representan entre un 10% y 30% de aumento sobre el sueldo base (Arteaga, 2002).

2.5 Resumen del marco teórico

De acuerdo al Informe Estratégico 2004 de JLI “Recursos Humanos para Salud: Superemos la Crisis”: se estima que además de los 24 millones de profesionales médicos, enfermeras y parteras, existen tres veces más individuos que trabajan en salud, ejerciendo labores en medicina tradicional, en la comunidad, o como auxiliares de los profesionales de salud.

Indudablemente, el rol ejercido por la fuerza laboral es trascendental y vital para el desempeño de los servicios de salud. Por esta razón, a medida que los procesos de Reforma del Sector Salud se fueron implementando en distintos países, el protagonismo y la trascendencia de su labor, comenzaron a tomar relevancia, obteniéndose repercusiones con diferentes grados de impacto.

Uno de los principales problemas que persiste globalmente y que evidentemente se acentúa en aquellos países donde no se abordó el tema, es la inequidad en la distribución geográfica de recursos humanos, cuyos resultados se traducen en las llamadas “agendas inconclusas” de países como Bolivia, cuyos indicadores de salud mantienen brechas urbano-rurales que no se han podido superar.

Bolivia es uno de los países Latino Americanos donde la repercusión al llamado de Organizaciones Internacionales para implementar Políticas de Recursos Humanos en el Sector Salud tuvo poco impacto, las consecuencias y necesidad del cambio se describen a continuación:

Bolivia cuenta con *54.181 Recursos Humanos en Salud*, de los cuales un 35,22% (15.916) se desempeñan en el sector público, la seguridad social abarca el 27,55% de recursos humanos, el sector privado emplea el 34,86% y las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs.) un 2,37% de la fuerza laboral para la salud (MSD, 2006).

“Un estudio realizado por el Proyecto de Reforma de la Salud, muestra que de acuerdo a los quintiles de pobreza de los 315 municipios de Bolivia, los médicos se hallan en mayor número en los municipios de los quintiles 4 y 5 que son los menos pobres, con una relación entre 10 y 5 por 10.000 habitantes respectivamente, mientras que en los quintiles 1 y 2, que son los más pobres, ambos tiene una relación de 1 por 10.000 habitantes; el mayor número de recursos humanos en estos quintiles lo constituyen las auxiliares de enfermería” (OPS/OMS, 2004b: 110), (Gráfico N° 3).

Una solución ante esta inequidad, demostrada por la experiencia internacional es el uso de incentivos en los sistemas de salud.

Por lo general, los sistemas de salud utilizan incentivos en distintos ámbitos laborales (de gestión, de prestación de servicios, etc.) con el propósito de direccionar a los trabajadores por sendas que conduzcan la prosecución de metas y objetivos trazados

Las experiencias plausibles en Australia, Canadá, EEUU, Viet Nam, Brasil y Chile, demuestran que la aplicación de sistemas de incentivos deben abordar previamente perspectivas sociales (cultura organizacional, idiosincrasia del personal de salud), políticas (normas, leyes, reformas) y económicas; y evidencian que los incentivos (cualquiera sea su naturaleza) continúan siendo la mejor alternativa estratégica para disolver la inequidad en la distribución de Recursos Humanos para Salud.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Contribuir al Sistema de Salud Boliviano, generando evidencia para mejorar la distribución y permanencia de médicos en el sector rural.

3.2 Objetivos Específicos

- 3.2.1 Caracterizar el Mercado de Trabajo Médico del Sector Salud Boliviano.
- 3.2.2 Conocer los intereses laborales de médicos bolivianos jóvenes y recién titulados.
- 3.2.3 Determinar que tipos de incentivos pueden ser aplicables a la realidad Boliviana para garantizar la permanencia de médicos en sectores rurales.
- 3.2.4 Formular recomendaciones sobre políticas y estrategias para incentivar la permanencia de recursos humanos médicos en el sector rural de Bolivia en base a los hallazgos del estudio.

IV. METODOS

La presente investigación emplea la metodología cualitativa, ya que se pretende privilegiar la interpretación de la realidad, dando cuenta de juicios, valores, opiniones y experiencias, para formar una visión lo más completa posible del desarrollo intelectual y teórico concerniente a políticas, estrategias e incentivos para mejorar la distribución y garantizar la permanencia de médicos en sectores rurales de Bolivia.

La metodología cualitativa, fundamentada principalmente por el paradigma constructivista, posee un carácter inductivo, holístico, empírico e interpretativo, que permite la comprensión de las interrelaciones que se dan en la realidad, facultando a los participantes a revelar un conocimiento más íntimo y profundo sobre la temática a tratar.

Asimismo, la investigación cualitativa, permite que el investigador interprete los sucesos y acontecimientos desde los inicios de la investigación, de manera que no descubre, sino que construye conocimiento y de manera paulatina, el análisis cualitativo se hace emergente (Rodríguez, 1996).

Por ello, los criterios de rigurosidad científica propios del método cualitativo, equivalentes a la validez, confiabilidad y replicabilidad del método cuantitativo, se establecen conforme al diseño de investigación y se exponen más adelante para este efecto.

4.1 Tipo de Diseño

Se utiliza el *método cualitativo-descriptivo* y con el fin de alcanzar los objetivos propuestos, se opta por desarrollar *entrevistas semi-estructuradas* como instrumento de investigación, ya que el interés se centra en indagar la percepción de un grupo de participantes respecto a políticas, estrategias e incentivos

destinados a mejorar la distribución y garantizar la permanencia de recursos humanos de salud en sectores rurales de Bolivia.

Pretendiendo facilitar el cumplimiento de los objetivos, se realiza una revisión bibliográfica puntual descrita en el marco teórico en lo concerniente a las características de la fuerza laboral, al marco jurídico y normativo boliviano sobre recursos humanos para salud y algunas experiencias internacionales respecto al uso de incentivos para mejorar la distribución y garantizar la permanencia de médicos en áreas rurales.

4.1.1 Entrevista Semi-estructurada

La entrevista es una comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto.

Desde el punto de vista de los objetivos y del diseño de la investigación, se considera relevante indagar la percepción de los participantes frente a las políticas, estrategias e incentivos que mejoren la distribución y garanticen la permanencia de médicos en sectores rurales de Bolivia, a través de entrevistas semi-estructuradas.

Las entrevistas semi-estructuradas se caracterizan porque las preguntas principales están definidas y son fijas, sin embargo los entrevistadores pueden improvisar y explorar significados y áreas de interés emergentes. Los informantes, pueden responder las preguntas en términos de que les parezca relevante, igualmente, tienen la oportunidad de que cambiar sus respuestas en un tópico particular (traducción propia, Arksey y Knight, 2000).

En el Anexo N° 6 se presenta la guía de entrevista que se utilizó durante las entrevistas.

4.2 Población y muestra

4.2.1 Población

La población de la cual se extrajeron los entrevistados está conformada por profesionales que diseñan y/o forman parte de decisiones políticas de recursos humanos médicos y por otro, médicos que son los destinatarios de estas políticas en Bolivia.

4.2.2 Muestra

La muestra tiene carácter *intencionado*, estratificándose de acuerdo al perfil profesional de 15 informantes claves (Anexo N° 3).

Por un lado, se seleccionaron profesionales experimentados en el tema de Recursos Humanos para Salud en Bolivia, decidores de políticas y vinculados al Subsistema Público de Salud, a Organismos Internacionales de Salud o Universidades, donde desempeñan cargos de alta y media jerarquía.

Por otro lado, se optó por entrevistar a médicos bolivianos jóvenes empleados del subsistema público y a médicos recién graduados que no sobrepasen los 35 años de edad, que durante algún año de su carrera hayan formado parte del Centro de Estudiantes de Medicina y que se desempeñen (para los empleados del subsistema público) en municipios rurales con IDH bajos.

4.3 Protocolo de Contacto

El primer contacto con cada informante clave se realizó mediante vía electrónica, explicitándose los objetivos de la entrevista y adjuntando una copia del consentimiento informado (Anexo N° 4 y N° 5).

Cuando el informante clave accedió a ser entrevistado, se fijó fecha y hora para proceder con la entrevista.

4.4 Registro de Voz

El registro permanente de voz se realizó a través de una grabadora, mediante cintas magnetofónicas, a objeto de capturar toda la conversación, para su posterior transcripción.

4.5 Entrevista

Las entrevistas fueron realizadas por la autora de la presente tesis, médico de profesión y alumna del Magíster en Salud Pública 2005 de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

Se estableció según cronograma, un periodo de 30 días para efectuar las entrevistas a todos los informantes clave, sin embargo este plazo estuvo sujeto a modificaciones en función a la disponibilidad de cada informante clave.

Al iniciar la entrevista se procedió a presentar el consentimiento informado (cuya copia firmada permaneció con el informante clave); a continuación se explicitaron los objetivos y se prosiguió conforme a la guía de preguntas (Anexo N° 6). Se estima que la duración de cada entrevista no excedió 60 minutos.

4.6 Transcripción de Entrevistas

Al igual que la entrevista estuvo a cargo de la autora de la tesis. La transcripción literal de todos los registros de voz fue completa, incluyendo pausas, repeticiones (“yo pienso...yo pienso”, etc), tics verbales (“um”, “eh”, etc), tono y énfasis de voz.

4.7 Análisis de las Entrevistas

El análisis de datos se efectuó en base a “*Grounded theory*”, proceso cíclico en el cual a partir del análisis de los datos, se van haciendo comprobaciones del mismo y se va modificando a medida que aparecen nuevos datos.

Al analizar los datos van emergiendo *temas* que ayudan a que la teoría se vaya generando. Estos temas son signos que nos permiten crear *categorías* de significado y que nos conducirán a *proposiciones*, es decir, la posibilidad de analizar las relaciones entre las categorías y de esta forma asegurarnos que todas han sido identificadas y por tanto, estudiadas. Este procedimiento termina con el “proceso de saturación” que es cuando ya no se pueden generar nuevas teorías ni se pueden añadir datos nuevos (Briones, 2005).

4.8 Criterios de rigurosidad científica

4.8.1 Validez

- Densidad, a través de la inclusión de información detallada tanto en la recolección de datos como en el análisis de los mismos.
- Profundidad, otorgada por el proceso analítico de datos.
- Adecuada selección de informantes clave.

4.8.2 Fiabilidad

- Transparencia, mediante la descripción detallada de las etapas efectuadas durante la investigación.
- La guía de la entrevista, permitió abordar todos los tópicos.
- El registro de la información mediante cintas magnetofónicas.
- La transcripción completa de las entrevistas.

V. RESULTADOS

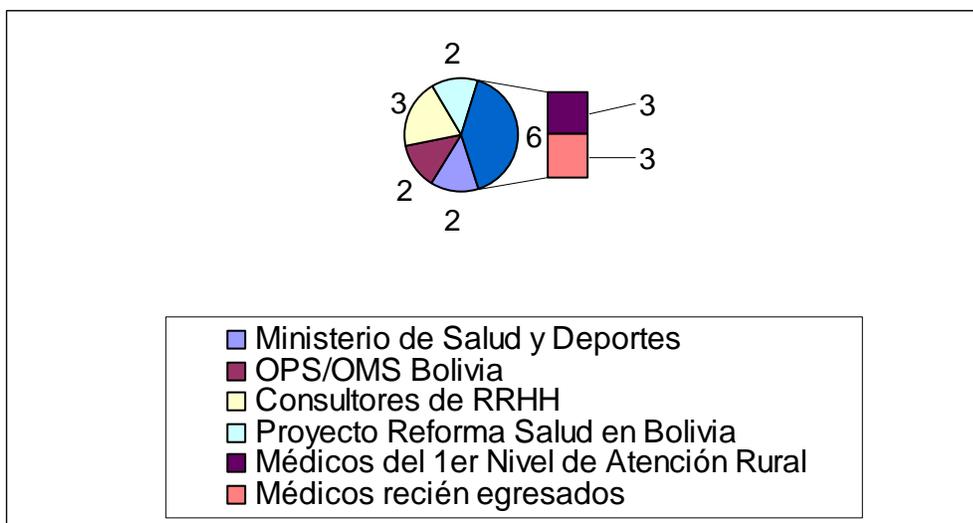
5.1 Características de la muestra

Se realizaron un total de 15 entrevistas, 9 de las cuales corresponden a informantes experimentados en la temática de recursos humanos para salud, decidores de políticas y 6 corresponden a médicos jóvenes que se desempeñan en municipios rurales con IDH bajo y médicos recién graduados. De acuerdo al género, 10 entrevistados son de sexo masculino y 5 de sexo femenino. El promedio de edad de los 6 médicos jóvenes entrevistados es de 27 años, todos son solteros y no poseen dependientes. Del total de entrevistados, 14 tienen nacionalidad boliviana.

Cabe destacar que 2 de los 6 médicos jóvenes entrevistados, nacieron y efectuaron su educación primaria en áreas rurales.

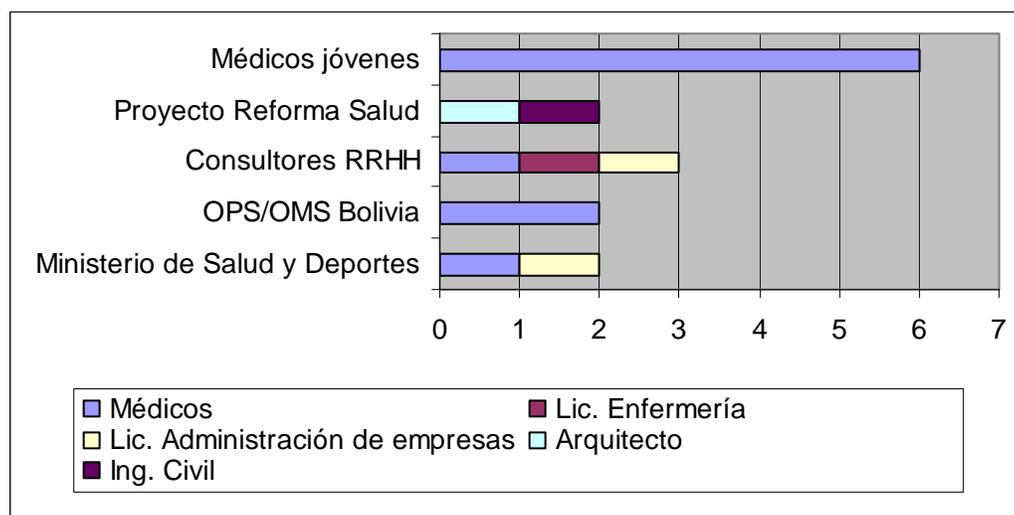
Gráfico N° 5

Lugar de trabajo de los informantes clave



El perfil profesional de los informantes clave, de acuerdo al lugar de trabajo se observa en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 6
Perfil Profesional de Informantes Clave según Lugar de Trabajo



De los 6 médicos jóvenes entrevistados, 3 se desempeñan en el primer nivel de atención de áreas rurales, correspondiente al subsistema público de salud. Los otros 3 médicos son recién graduados, cuya experiencia de trabajo en sectores rurales corresponde al internado rural que realizan el último año de formación (Servicio Social Rural Obligatorio), de 3 meses de duración.

5.2 Resultados de las entrevistas

Los **temas emergentes** provenientes de las entrevistas a informantes clave fueron cinco:

5.2.1 Características del mercado de trabajo médico en Bolivia.

5.2.2 Falta de una política de Recursos Humanos para Salud.

5.2.3 Condiciones de vida y trabajo en el área rural de Bolivia.

5.2.4 Incentivos para garantizar la permanencia de médicos en áreas rurales de Bolivia.

5.2.5 Principales intereses y perspectivas de médicos bolivianos recién egresados.

A partir de cada tema se abstraieron y construyeron **categorías**, caracterizadas por distintas **propiedades** que permitieron relacionarlas entre sí y entre otras categorías conforme a la semejanza de los discursos.

5.2.1 El mercado de trabajo médico en Bolivia

El primer tema emergente concerniente al “Mercado de trabajo médico en Bolivia”, permitió abstraer dos categorías: el desequilibrio del mercado laboral médico y la formación de profesionales médicos. Ambas categorías presentan distintas propiedades que permitieron su interrelación, como se describe a continuación.

5.2.1.1 Desequilibrio del mercado laboral médico

Todos los profesionales entrevistados coincidieron en que existe un desajuste en el mercado de trabajo médico.

Profundizando en la problemática, resaltaron que el desequilibrio se produce en el contexto de tres situaciones que caracterizamos como propiedades:

Insuficiente dotación de médicos por el Sistema Nacional de Salud

Reconocieron que el Sistema Nacional de Salud dispone de una cantidad insuficiente de médicos, consecuentemente no se satisfacen las necesidades de acceso y atención de salud de la población: “Si se calcula por tasa de número de médicos por 1000 habitantes, ¡no se aproxima a los promedios mundiales!, ¡ni a lo que se recomienda!” (Miembro de Organismo Internacional).

Campo laboral médico restringido

Referente al campo laboral médico, manifestaron que si bien el Sector Público y la Seguridad Social absorben el mayor contingente de fuerza laboral en Bolivia, la restante proporción de médicos se desempeña en el Sector Privado o queda desempleado: “De 15.000 médicos formados, aproximadamente ¡7.000! tienen trabajo estable, ya sea en la Seguridad Social o en el Ministerio de Salud....¡entonces estamos estimando que unos 8000 más o menos trabajan ya sea en el sector privado o por cuenta propia!” (Consultor de recursos humanos).

Desequilibrio en la distribución geográfica de médicos

A las situaciones anteriormente mencionadas, los entrevistados refirieron que se suma el desequilibrio en distribución geográfica de médicos, fenómeno que obedecería a la tendencia preferencial de los profesionales por el desempeño de su labor en centros urbanos. “Tenemos una ¡gran concentración! de médicos en las áreas urbanas, especialmente en los lugares donde hay ¡mayor generación de recursos!,....estamos hablando de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz” (Miembro de Organismo Internacional). Situación que suponen también se relaciona con el perfil de formación, como se describe en la siguiente categoría.

5.2.1.2 Formación de Profesionales Médicos

En cuanto a la formación de profesionales médicos, la mayoría de los entrevistados señalaron que la falta de coordinación entre Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación conlleva a la prevalencia de dos problemas o propiedades de esta categoría:

Mayor oferta de centros de formación

Reconocieron que los centros de formación han aumentado en los últimos años pues a las Universidades Públicas se han sumado las Universidades Privadas: “En Bolivia en este momento, según datos del Ministerio de Salud y de Educación, se lanzan al mercado entre ¡1200 a 1600 médicos anualmente! y la capacidad del Estado Boliviano de absorber es de ¡150 anualmente!” (Gerente del Sector Público de Alto Nivel).

Perfil de formación con preponderancia biomédica

Dos entrevistados (Consultor de recursos humanos y Miembro del Ministerio de Salud y Deportes) enfatizaron que se han realizado esfuerzos de coordinación y planificación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación para adecuar el perfil de formación médica a las necesidades del país.

A pesar de ello, el resto de informantes clave afirmaron que tales acuerdos no han tenido un impacto efectivo y consecuentemente prevalece el perfil de formación biomédico, asistencialista: “En las áreas preclínicas y clínicas, (silencio) los ámbitos de trabajo práctico ¡son exclusivamente hospitalarios! o sea....solamente en el área de salud pública pretendemos acercar al profesional a un primer nivel de atención y a ¡acciones de promoción y prevención!” (Consultor de recursos humanos).

5.2.2 Falta de una Política Nacional de Recursos Humanos en Salud

El segundo tema emergente de los discursos corresponde a la “falta de una política nacional de recursos humanos en salud”. Permitted construir tres categorías competentes: políticas para la planificación de recursos humanos, políticas para el desarrollo de recursos humanos y generación de consenso entre entes involucrados.

5.2.2.1 Planificación de recursos humanos

En relación a los problemas atinentes al mercado de trabajo médico, la mayoría de los entrevistados, excepto los médicos recién egresados, reconocieron falencias en el proceso de planificación de recursos humanos

por parte del nivel central, departamental y local, concordaron en destacar que tal proceso facilitaría la asignación adecuada de recursos humanos, tanto en número como en composición, a fin de satisfacer las necesidades prioritarias de la población.

5.2.2.2 Desarrollo de recursos humanos

Algunos entrevistados reconocieron que no existe una política que promueva el desarrollo de recursos humanos, sugiriendo los informantes clave más experimentados, la implementación de una *carrera sanitaria o institucional* que comprometa estratégicamente a todos los profesionales de las ciencias de la salud a ingresar al sistema público partiendo por su desempeño laboral en el área rural, además de aplicar constantemente mecanismos de capacitación que permitan que todos los profesionales tengan las mismas oportunidades: “¡¡Promover un proceso de capacitación para los médicos del área rural!!, de manera... que ellos puedan lograr in situ, osea en sus áreas de trabajo o especialidades que les ¡¡permitan acceder al escalafón médico!, y talvez un ¡¡escalafón médico diferenciado!!” (Consultor de recursos humanos).

5.2.2.3 Generación de consenso entre entes involucrados

Con relación al diseño e implementación de políticas para recursos humanos, algunos informantes experimentados (Gerente del Sector Público de Alto Nivel, Miembro de Organismo Internacional y Consultor de recursos humanos) recomendaron que la planificación y desarrollo de recursos humanos requiere de la generación previa de consenso entre todos los entes involucrados: Ministerios, Colegios de Profesionales y Sindicato de Trabajadores; recuerdan la experiencia adquirida en el proceso de distribución de ítems HIPIC, como claro ejemplo de falta de consenso entre los actores sociales: “.... el ¡¡60%!! de esos ítems y

puestos de trabajo se iban al área rural y un 40% al área urbana. Desde el año 2002 a la fecha....si analizamos ¿dónde están esos ítems?, podemos comprobar que el ¡¡80% están en área urbana y el 20% en área rural!! (Gerente del Sector Público de Alto Nivel).

5.2.3 Características de vida y trabajo en el área rural

El tercer tema emergente corresponde a las “Características de vida y trabajo en el área rural”, que permitió abstraer 3 categorías: condiciones de vida en el área rural, servicios de salud en el área rural y la experiencia del Programa EXTENSA.

5.2.3.1 Condiciones de vida en el área rural

Al ser consultados sobre las condiciones de vida que interfieren con el reclutamiento y permanencia de médicos en el área rural, los entrevistados aludieron dos condiciones o propiedades relevantes:

Carencia de servicios básicos: agua potable, alcantarillado, electricidad.

Sobretudo los jóvenes profesionales enfatizaron y coincidieron en que la carencia de servicios básicos, es una realidad vigente en la mayoría de los municipios del área rural, dificultando la adaptación de los recursos humanos: “¡No había agua potable, iban a traer agua del río! (silencio), el alcantarillado era incompleto, usan letrinas....a veces, en las casas usan velas o lámparas a gas (silencio). ¡A la mayoría le cuesta mucho acostumbrarse y comprender!” (Médico recién egresado, nacido en municipio rural).

Dificultad de acceso geográfico

Entre otros percances, se reconocieron que la dificultad de acceso geográfico a algunas comunidades del área rural también se torna en un problema relevante al constituir una barrera que obstaculiza el contacto del personal de salud con la población: “¡Llueve!, ¡trueno!, haya riada ¡o lo que sea!, ¡¡tienen que llegar!!...lógicamente a veces es imposible, pero hace que las condiciones sean ¡¡sumamente adversas!!” (Gerente del Sector Público de Mediano Nivel).

5.2.3.2 Servicios de salud en el área rural

En lo que respecta a servicios de salud en el área rural, todos los entrevistados reconocieron dos características o propiedades significativas:

Atención de salud por auxiliares de enfermería

Resaltaron que ante la falta de médicos, la atención de salud en el área rural es otorgada principalmente por auxiliares de enfermería.

Déficit de infraestructura y equipamiento

Destacaron que otro obstáculo prevalente es la falta de infraestructura y equipamiento en los servicios de salud del área rural: “los insumos ¡siempre son escasos!, ¡las farmacias muchas veces quedan desabastecidas!, a veces cuando hay brotes de diarrea o infecciones virales los servicios se ¡¡saturan!! y las camas no alcanzan, la verdad es que siempre faltan cosas...”(Médico del 1er Nivel de Atención Rural).

Un entrevistado (Gerente del Sector Público de Alto Nivel) mencionó que no menos importante dentro de ésta categoría es el hecho de que dada la cercanía geográfica de hospitales de segundo nivel del área rural con capitales de departamento, algunos médicos optan por retornar a las ciudades de departamento una vez terminada su jornada de trabajo, en vez de permanecer en el área rural.

5.2.3.3 Experiencia del Programa EXTENSA

Se mencionó la experiencia del Programa EXTENSA dentro de este tema, debido a que posee experiencia sobre las condiciones de vida y de trabajo en municipios rurales.

Salvo los profesionales médicos recién egresados, la totalidad de los entrevistados reconocieron que el Programa EXTENSA se constituye en una estrategia para garantizar el acceso de atención a salud a comunidades pertenecientes a municipios pobres del sector rural. Sin embargo resaltaron más las dificultades tanto de su implementación: financiamiento externo, costo de inversión, como de su funcionamiento: desarticulación de la red de servicios de salud, insatisfacción usuaria, entre las más mencionadas.

La alta rotación de recursos humanos dentro del Programa EXTENSA fue otra dificultad aludida, vinculada al interés del personal médico para postular a una especialidad médica: “En el tema médico por ejemplo, los ritmos de rotación no son muy frecuentes durante el año, ¡sí! es al final del año....porque está vinculado con las posibilidades que ellos buscan de entrar alguna residencia, entonces allí es donde se da, ¡inclusive más que retirarse lo que piden es una vacación o una licencia!....por el tiempo que les queda para estudiar o dar examen, intentan y ¡¡¡si logran entrar

lógicamente van a renunciar!!” (Gerente del Sector Público de mediano Nivel).

5.2.4 Incentivos que permitan garantizar la permanencia de médicos en áreas rurales de Bolivia

El cuarto tema emergente concierne a la propuesta y sugerencia de los informantes clave sobre “Incentivos que permitan garantizar la permanencia de médicos en áreas rurales de Bolivia”. Con fines prácticos, se construyeron 2 categorías: incentivos pecuniarios e incentivos no pecuniarios, éste último cuenta con tres propiedades: financiamiento de una especialidad médica, mejorar las condiciones de vida y trabajo en el área rural e incentivos psicosociales.

La postura general de los entrevistados es que previamente, debe existir voluntad política y capacidad institucional para dirigir e implementar el proceso, además de enfatizar que sean diseñados conforme al marco legal que rige en el país.

5.2.4.1 Incentivos No pecuniarios

Se agruparon en ésta categoría tres incentivos citados por los entrevistados y descritos a continuación conforme a la relevancia que tuvieron en los discursos.

Financiar una especialidad médica

Salvo una entrevistada (Miembro del Ministerio de Salud y Deportes Bolivia), el resto de informantes consultados coincidieron en señalar que el incentivo más atractivo para los médicos es el financiamiento de una especialidad médica.

Mejorar condiciones de vida y trabajo en el área rural

En cuanto a los incentivos no pecuniarios relacionados con mejorar las condiciones de vida y trabajo en el área rural todos los entrevistados coincidieron y señalaron su importancia, sin embargo reconocieron que es un proceso de cambio a largo plazo que requiere la intervención sinérgica de otros sectores del gobierno.

Algunos entrevistados (Miembro del Ministerio de Salud y Deportes Bolivia y Gerente del Sector Público de Alto Nivel) mencionaron que existe experiencia en la aplicación de este tipo de incentivo en algunos municipios del país, sin embargo reconocieron que son estrategias aisladas con resultados diferentes de reclutamiento de médicos.

Psicosociales

Un entrevistado mencionó la relevancia del incentivo psicosocial que motive y estimule al buen desempeño de los profesionales: “¡Estoy convencido!, que la motivación en el sector salud en las áreas en las que he trabajado... médicos y enfermeras tienen que ser ¡¡más psicosociales y más sociales!!, me refiero a psicosociales a identificar una forma de poder eeee felicitar o incentivar por el trabajo que han realizado” (Consultor de recursos humanos).

5.2.4.2 Incentivos Pecuniarios

Un informante (Miembro del Ministerio de Salud y Deportes) señaló que el incentivo pecuniario es crucial y el más importante para los médicos. El resto de los informantes clave a pesar de que reconocieron la importancia de éste tipo de incentivo divergieron de ésta opinión, dada la poca

sostenibilidad que tendría su implementación debido a las condiciones económicas que atraviesa Bolivia.

Para los médicos jóvenes el incentivo pecuniario también resulta atrayente pues favorecería su ingreso económico, ocupando el segundo lugar de su preferencia, después del financiamiento de la especialidad médica. Sin embargo también ellos reconocieron que dada la situación económica que atraviesa el país, su implementación no sería viable.

5.2.5 Principales intereses profesionales de los médicos jóvenes

El quinto tema emergente fue profundizado en las entrevistas a médicos jóvenes, concierne a los “Principales intereses profesionales de los médicos jóvenes”. Permitió deducir dos categorías: realizar una especialidad médica y obtener un ítem de trabajo.

5.2.5.1 Realizar una especialidad médica

Todos los médicos jóvenes consultados, coincidieron en señalar que su principal interés en el corto y mediano plazo es realizar una especialidad médica ya sea en Bolivia o en el extranjero.

Así mismo, destacaron que la oferta de plazas para realizar especialidades médicas en Bolivia es reducida, situación que los obliga a considerar otras opciones en países de la región, teniendo conciencia de que el costo de inversión para realizar una especialidad médica en el extranjero es alto, situación que muchas veces los obliga a postergar tal interés y centrar sus esfuerzos en la siguiente categoría.

5.2.5.2 Obtener un ítem de trabajo

En vista de los problemas atinentes al desequilibrio del mercado de trabajo médico, citados en primer tema emergente, los médicos recién egresados manifestaron que obtener un ítem de trabajo en el Sistema Nacional de Salud independientemente del lugar y nivel de atención, es otro de sus principales intereses, ya que consideran que de esa forma obtienen estabilidad laboral, protección social y aseguran su ingreso económico.

VI DISCUSIÓN

La información concerniente a los recursos humanos para salud en Bolivia no está actualizada y es escasa, a pesar de ello se discutirán los resultados obtenidos en las entrevistas paralelamente a la información disponible.

Los informantes clave coincidieron en la identificación de problemas atinentes al **mercado de trabajo médico en Bolivia**. Reconocieron que *los procesos sociales de educación y trabajo* son afectados por la prevalencia y convergencia de problemas que interactúan provocando un desequilibrio de la oferta del mercado de trabajo.

Efectivamente, la tasa de 7,6 médicos por 10.000 habitantes para el año 2001, refleja la escasa capacidad de oferta y disponibilidad de médicos por el sistema de salud. A pesar de que no existen estudios que certifiquen el número de plazas de empleo disponibles anualmente en el sistema de salud (subsector público, de seguridad social y subsector privado), un entrevistado (Gerente del Sector Público de Alto Nivel) estimó que el Sector Público absorbe anualmente entre el 9% al 12% de médicos egresados en todo Bolivia. En el mismo ámbito, otro informante clave (Consultor de recursos humanos) dedujo que de 17.000

médicos bolivianos, sólo 8.000 se desempeñan en el Sector Público y de Seguridad Social, presumiendo que los restantes 7.000 médicos ejercen funciones en el subsistema privado o permanecen desempleados y desprotegidos de la seguridad social, lamentablemente no se cuenta con investigaciones sobre el comportamiento del mercado laboral privado.

A la insuficiente disponibilidad y a la escasa capacidad de absorción de médicos por el sistema de salud, los entrevistados adicionaron otro problema: la tendencia a la concentración urbana de profesionales médicos, coincidiendo con los datos publicados por el Ministerio de Salud y Deportes y el Observatorio de Recursos Humanos donde se advierte la concentración del 43,7% de médicos del subsector público en el 3er nivel de atención de salud y de 18,7% en el 2do nivel. Ambos niveles de atención poseen servicios de salud localizados mayoritariamente en áreas urbanas, capitales de departamento.

Adicionalmente los entrevistados experimentados, señalaron que junto de la concentración urbana de médicos, existe otra tendencia de migración interna de profesionales hacia La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, ciudades consideradas como el eje central y económico del país, sin embargo si analizamos los datos del Sector Público, los Departamentos que cuentan con las tasas más altas de médicos por 10.000 habitantes son: Pando, (10,4) Chuquisaca (7,9), La Paz (7,5); situación similar se reproduce en el subsector de la seguridad social, donde Beni (14,4), Pando (14,3) y La Paz (11,2) poseen las mayores tasas de médicos por 10.000 habitantes (ORH, 2005). Por tanto, el análisis depende no sólo de la disponibilidad de médicos, sino también de la cantidad de población y de su dispersión.

Respecto al *proceso educativo*, los entrevistados destacaron dos problemas de naturaleza cuantitativa y cualitativa. En el primer caso, explicitaron la proliferación en los últimos años de Universidades Privadas para la formación de profesionales en Ciencias de la Salud, y dedujeron que tal suceso, contribuiría a

la sobreoferta de profesionales médicos en el mercado laboral; puntualmente existen 20 Universidades entre públicas y privadas que ofertan la Carrera de Medicina en Bolivia, de las que anualmente egresan 1.484 médicos (ORH, 2005). Analizando desde la perspectiva de la capacidad de absorción laboral del sistema de salud, es posible que exista una sobreoferta de médicos pero, si se analiza desde el punto de vista de las necesidades de acceso y atención de salud de la población es posible que los recursos médicos sean los suficientes. El segundo problema de naturaleza cualitativa identificado por los informantes experimentados y certificada por los médicos jóvenes entrevistados, alude al perfil biomédico de formación que persiste en las Universidades, hecho que influiría y explicaría la tendencia a la especialización médica y a la concentración profesional de médicos en los municipios más ricos del país. El 50% de médicos se concentran en los dos quintiles con mayor IDH Municipal (MSD, 2001).

En cuanto a la **Política Nacional de Recursos Humanos**, los entrevistados reconocieron la ausencia de la misma, sugiriendo que para diseñarla e implementarla previamente, debe generarse consenso entre la institución rectora, las organizaciones y actores sociales involucrados.

Propusieron la priorización en políticas de planificación que permitan asignar adecuadamente los recursos humanos en cuanto número y composición concorde a las necesidades de la población y políticas en el desarrollo de recursos humanos que establezcan una carrera sanitaria que garantice igualdad de oportunidades para médicos que se desempeñen tanto en áreas urbanas como en áreas rurales.

Los últimos años y sobretodo éste último periodo, el Ministerio de Salud y Deportes ha realizado grandes avances en la generación de una Política Nacional de Recursos Humanos, desarrollando temas de gestión estratégica, procedimientos de contratación y dotación de personal, evaluación del desempeño e inventario de recursos humanos. Sin embargo permanece

pendiente el desarrollo de una política que regule el mercado de trabajo, asignando recursos humanos en sectores rurales habitualmente relegados.

Analizando el marco normativo y legal, el único incentivo asignado a recursos humanos que se desempeñan en áreas rurales es el bono de frontera (consistente en el pago del 20% adicional al sueldo base a todo profesional que trabaje a 50 kilómetros de una frontera Boliviana).

Referente a las **condiciones de vida y trabajo en el área rural**, los entrevistados concordaron en manifestar que la carencia de servicios básicos como agua potable, alcantarillado, energía eléctrica y la dificultad de acceso geográfico junto al déficit de infraestructura y equipamiento de los servicios de salud constituyen impedimentos no sólo para reclutar y garantizar la permanencia de médicos en áreas rurales, sino también para garantizar el acceso a la atención de salud.

Los discursos coincidieron con la descripción del postergado desarrollo de las zonas rurales en Bolivia, donde de acuerdo a la metodología de Necesidades Básicas Insatisfechas, el 90,8% de la población rural es pobre, situación que se refleja en las brechas urbano-rurales acentuadas entre indicadores de socio-demográficos, económicos y de salud.

Cabe destacar que de los 6 médicos jóvenes entrevistados sólo 4 estarían dispuestos a trabajar en áreas rurales, dos de ellos por haber nacido en municipios rurales.

El argumento para no desempeñarse en zonas rurales tiene que ver con la convergencia de 2 factores: la preferencia por realizar una especialidad médica en el corto o mediano plazo y la escasa tolerancia y/o adaptabilidad a las condiciones de vida y trabajo en el área rural.

Por tanto interactúan factores individuales, factores institucionales y factores formativos a considerar en el diseño de políticas de reclutamiento y permanencia.

En el tema de los ***incentivos que permitan garantizar la permanencia de médicos en áreas rurales de Bolivia***, se dividieron dos categorías para facilitar la elegibilidad por los informantes clave: incentivos no pecuniarios e incentivos pecuniarios.

Dentro de los incentivos no pecuniarios el más atrayente para los médicos y aplicable al contexto de la realidad boliviana según los entrevistados es el *financiamiento de una especialidad médica*. Este incentivo, podría ser factible de aplicar teniendo como modelo al Ciclo de Destinación establecido en Chile y estableciendo acuerdos con el Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación (conformado por representantes del Ministerio de Salud y Deportes, Ministerio de Educación, Consejo Extraordinario de Universidades Bolivianas, Decanatos de Facultades de Medicina de Universidades Públicas y Colegio Médico), cuya comisión de postgrado se encarga de las convocatorias de Residencias Médicas en Bolivia.

Los incentivos no pecuniarios destinados a *mejorar las condiciones de vida y trabajo en el área rural*, también fueron mencionados por algunos entrevistados experimentados.

Si bien es cierto que existe experiencia en países desarrollados sobre la aplicación de este tipo de incentivo (otorgando hospedaje, garantizando trabajo a la pareja y educación para los hijos, etc.), en Bolivia, no todos los municipios cuentan con los mismos recursos ni con el mismo nivel de desarrollo, situación que pondría en desventaja a los municipios más pobres. Una entrevistada (Miembro del Ministerio de Salud y Deportes) señaló que existen experiencias aisladas en municipios rurales del oriente Boliviano, sin embargo no existen estudios disponibles que evalúen la experiencia obtenida al respecto.

El incentivo no pecuniario *psicosocial* fue nombrado por un entrevistado (Consultor de Recursos Humanos), argumentando su impacto en ámbitos de la gestión del desempeño.

La experiencia de Viet Nam en la aplicación de incentivos psicosociales apoyaría la implementación, sin embargo es posible que por si mismo no sea suficiente para conseguir el propósito de reclutamiento y permanencia de médicos en áreas rurales.

El incentivo **pecuniario** que en la experiencia internacional es el más aplicado para garantizar la permanencia de recursos humanos para salud en áreas rurales, fue reconocido por todos los entrevistados, sin embargo admitieron que no es factible de aplicar al contexto Boliviano por las condiciones sociales y económicas que el país atraviesa actualmente.

En cuanto a ***los principales intereses de los médicos jóvenes y recién egresados***, los entrevistados y sobretodo los médicos jóvenes coincidieron en señalar que el interés primordial a corto y mediano plazo es *realizar una especialidad médica*. Sin embargo reconocen que la poca disponibilidad de plazas que ofrece el sistema de salud y el alto costo de inversión que implica realizar una especialidad o postgrado en el extranjero, muchas veces los obliga a postergar tal interés y centrarse en la búsqueda de trabajo. Independientemente del contexto descrito, la alternativa coincide con el principal incentivo no pecuniario factible de aplicar al contexto Boliviano.

El segundo interés más propuesto por los entrevistados fue obtener un *ítem de trabajo en el sistema de salud*, debido a que produce una sensación de estabilidad laboral y económica en los médicos jóvenes. Esta alternativa resulta comprensible, teniendo en cuenta el restringido mercado laboral del Subsector Público y de la Seguridad Social y la desregulación del mercado Privado.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En los capítulos precedentes se han expuesto los resultados del estudio y se ha discutido su relación en el contexto del estado del arte que se desarrolló en relación al marco teórico.

Este último capítulo de la tesis presenta las principales conclusiones del estudio en cuanto a las recomendaciones de políticas y estrategias que se derivan de los resultados de la investigación.

7.1 Conclusiones

Las principales conclusiones del estudio se han sistematizado en función de los objetivos de la tesis, con el propósito de facilitar la comprensión de la contribución de la investigación.

7.1.1 Caracterizar el Mercado de Trabajo Médico del Sector Salud Boliviano

El mercado de trabajo médico en Bolivia comprende los tres grandes sectores del Sistema Nacional de Salud: Público, Seguridad Social y Privado.

El Sector Público alberga el mayor contingente de fuerza laboral (35%), le continúa la Seguridad Social (28%). El Sector Privado, las ONGs. y la Iglesia, no cuentan con estudios que certifiquen la disponibilidad y distribución de médicos que poseen.

La disponibilidad de médicos en el Sector Público y de Seguridad Social es escasa, reflejándose en tasas de 6,5 y 10,8 médicos por 10.000 habitantes respectivamente (MSD, 2005; ORH, 2005).

Paradójicamente, cada año egresan aproximadamente 1.500 médicos de las 20 Facultades de Medicina Públicas y Privadas que existen en Bolivia (ORH, 2005).

Se desconoce el número de plazas de empleo disponibles anualmente, empero dada la escasa disponibilidad de médicos por el Sistema Nacional de Salud, puede deducirse que la capacidad de absorción también es exigua. Por tanto, se conjetura que la mayor proporción de médicos egresados se desempeña en el Sector Privado, siendo imposible discernir la proporción de médicos que se desempeñan en éste sector, de la proporción de médicos que se encuentran desempleados.

La distribución geográfica de médicos es inequitativa, se evidencia la tendencia hacia la concentración urbana y hacia municipios con menor grado de pobreza: la tasa de médicos por 10.000 habitantes en los municipios con mayor rango de pobreza (en base a la Metodología de Necesidades Básicas Insatisfechas) es de 2,36 versus una tasa de 6,76 médicos en los municipios con menor grado de pobreza (ORH, 2005).

Los entrevistados atribuyen que la persistencia de formación bajo perfiles biomédicos, explica parcialmente las tendencias preferenciales de los médicos hacia la concentración urbana, adicionándose factores individuales o personales (prioridades de desarrollo profesional, falta de adaptación al medio) relacionados con las condiciones de vida y trabajo en el área rural.

7.1.2 Conocer los intereses laborales de médicos recién egresados

El acceso y financiamiento a una *especialidad médica* se declara como el principal interés para los médicos jóvenes y recién egresados. Los entrevistados experimentados reconocen también que éste es el principal interés de los médicos recién egresados.

Obtener un ítem de trabajo en el Sistema Nacional de Salud que garantice estabilidad económica y protección social, es otro interés explicitado por los entrevistados y enfatizado sobretodo por los médicos jóvenes.

7.1.3 Incentivos aplicables a la realidad Boliviana para garantizar la permanencia de médicos en sectores rurales

El *financiamiento de la especialidad médica* es el incentivo seleccionado por los entrevistados experimentados y preferido por los médicos jóvenes, puesto que satisface la necesidad estereotipada de los médicos para desarrollarse profesionalmente y garantizar su sostenibilidad económica en el mediano y largo plazo.

Los incentivos destinados a *mejorar las condiciones de vida y trabajo en el área rural* fueron sugeridos por los entrevistados más experimentados y son de diversa índole (financiamiento del hogar, oferta laboral para la pareja, pago adicional al sueldo base, etc.). Sin embargo, los mismos entrevistados reconocieron que la aplicación de una política nacional con este tipo de incentivos podría ejercer un efecto contrario al propósito en los municipios más pobres.

El *incentivo psicosocial* que estimula el desempeño del recurso humano fue sugerido por un entrevistado. Es factible de implementar siempre y cuando se acompañe por otro tipo de incentivo, ya que por sí solo difícilmente podría garantizar la permanencia de médicos en sectores rurales.

El *incentivo pecuniario* es considerado atractivo para los médicos jóvenes entrevistados, sin embargo todos los informantes reconocen que el país no cuenta con las condiciones económicas óptimas para garantizar la sostenibilidad de su implementación.

El último objetivo específico comprometido en la presente investigación, es formular recomendaciones sobre políticas y estrategias para incentivar la permanencia de recursos humanos médicos en sectores rurales de Bolivia, en base a los hallazgos del estudio. Por ende, la siguiente sección corresponde al apartado final de la tesis, que puntualiza y sugiere las principales recomendaciones atinentes al tema.

7.2 Recomendaciones

Las recomendaciones presentadas a continuación se exponen intentando que el conjunto se integre en función del propósito final de la investigación.

7.2.1 Formular recomendaciones sobre políticas y estrategias en base a los hallazgos del estudio

La formulación, diseño e implementación de una política destinada a garantizar la permanencia de médicos en áreas rurales de Bolivia es fundamental para asegurar el acceso de la población rural a los servicios de salud y para lidiar con la inequidad en la distribución geográfica de recursos humanos.

La política para garantizar la permanencia de médicos en áreas rurales de Bolivia, puede instituir su estrategia fundamentándose en el incentivo más atractivo para médico jóvenes: financiar la especialidad médica.

Es posible coordinar esfuerzos para que el Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación (CNIDAI) disponga anualmente de una proporción de plazas de residencias médicas, para aquellos médicos que se desempeñen durante un lapso establecido de tiempo (concordante con el tiempo de especialización, habitualmente de 3 años) en municipios rurales vulnerables y prioritarios.

La consolidación de la Metodología de Dotación de Recursos Humanos para Salud y el Inventario de Recursos Humanos en Bolivia a cargo del Ministerio de Salud y Deportes, permitirán asignar y distribuir los recursos humanos (en cuanto a número y competencias) de forma eficiente, en función a las necesidades primordiales de la población, constituyéndose en una herramienta conveniente para calcular el número de médicos necesarios para participar en esta iniciativa.

Se recomienda que la política sea diseñada con la participación de todos los entes, organizaciones y actores sociales involucrados, con el fin de facilitar la concertación de acuerdos.

Otra alternativa de política para garantizar la permanencia de médicos en sectores rurales de Bolivia, sería orientarse al mejoramiento de las condiciones de vida y trabajo en zonas rurales, a través de un proceso paulatino donde las autoridades de gobierno y las autoridades sanitarias, planifiquen a mediano y largo plazo el desarrollo de sus servicios sobretodo en los municipios rurales más necesitados.

Actualmente, la oferta independiente de este tipo de incentivo, favorece únicamente a los municipios rurales que cuentan con recursos naturales, infraestructura o con recursos económicos adecuados, agravando la situación de los municipios más pobres.

Se recomienda aplicar este tipo de incentivo con la coparticipación de los SEDES (que poseen atribuciones técnico - administrativas) a fin de que financien este tipo de incentivos en los municipios más pobres.

El incentivo psicosocial puede de aplicarse conjuntamente con otro tipo de incentivo (alguno de los mencionados anteriormente) que contribuya al mejor desempeño del personal de salud.

Se sugiere modificar la política de remuneraciones e incentivos dado que, la estructura salarial del Ministerio de Salud y Deportes no se asocia al desempeño del personal ni al lugar de trabajo.

Es conveniente que el Ministerio de Salud y Deportes Bolivia, regule el mercado de trabajo, fomente la investigación del comportamiento y tendencias de todos los sectores del Sistema Nacional de Salud y aborde los desequilibrios del mercado laboral médico, adecuando la disponibilidad de recursos humanos que ofrece el Sistema Educativo a las necesidades de la población.

Es importante crear conciencia desde la etapa de formación, sobre el rol trascendental que cumple el recurso humano para salud en la implementación y desarrollo de políticas de salud.

A pesar de que la presente tesis se centra en recursos humanos médicos, se recomienda que el diseño e implementación de políticas de incentivos abarquen a todos los recursos humanos para salud, a fin de consolidar equipos de salud e impulsar el modelo de atención primaria de salud.

7.3 Limitaciones de la Investigación

Es cierto que las investigaciones cualitativas recogen una amplia y diversa gama de información, con significados densos y valiosos que otorgan conclusiones reveladoras, que para el caso, recomiendan políticas y estrategias que pueden mejorar la distribución y garantizar la permanencia de médicos en sectores rurales de Bolivia; no obstante, no se pretende que las mismas sean decidoras, (mas bien orientadoras) dado que su vinculación a contextos y momentos determinados en el tiempo, junto a los procedimientos mínimos aplicados, torna difícil su reproducción.

Consecuentemente, dadas las características metodológicas que sustentan la investigación, se consideran las siguientes limitaciones:

Los resultados y conclusiones no son generalizables

Debido a que el tamaño muestral significativamente reducido, no es representativo de la población en estudio.

Respuestas deseables de parte de los informantes clave

Algunos entrevistados pudieron haber considerado relevante el abordaje del tema en investigación, a pesar de no considerarlo prioritario.

Dinámica de la entrevista

El ánimo de los participantes puede afectarse cuando existen malas condiciones durante la entrevista, tales como ruido, interrupciones, escasez de tiempo, etc. A pesar de que todas las entrevistas fueron programadas anticipadamente, fijando fecha, hora y lugar, una proporción reducida de informantes clave poseía tiempo limitado para la entrevista.

Idea preconcebida de la Investigadora

Los valores, creencias y juicios pueden influir en el proceso de investigación, siendo importante el rol autocrítico que debió cultivar la investigadora.

La situación de salud, económica y social que atraviesan los municipios rurales de Bolivia no puede mantenerse en *status quo*, es necesario implementar políticas efectivas que se desarrollen sincronizadamente en todos los sectores, de forma paulatina y sólida. En el ámbito de la salud, la temática de reclutamiento de recursos humanos debe abordarse, discutirse e implementarse.

La indagación del tema de tesis en el ámbito de la metodología cualitativa, permitió la interpretación y construcción de significados atribuidos a diversas visiones, percepciones y apreciaciones de los informantes clave relacionadas con su experiencia, desempeño y con sus aspiraciones,

En conjunto, se consolida una herramienta de orientación que espero sea útil para los actores sociales, instituciones, organismos y personas interesadas en el bien común y que motive otros estudios que permitan profundizar en este tema.

VIII BIBLIOGRAFÍA

Arksey, H. y Knight, P. (2000). Interviewing for Social Scientist. London.

Arteaga, O. (2002). Desempeño e incentivos en la gestión de recursos humanos en salud: algunas experiencias institucionales del sector público de salud de Chile. Diciembre de 2002.

Barrantes, P. (2002). Investigación: Un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo. San José de Costa Rica. EUNED.

Brito, P. (2002). Área de desarrollo estratégico de la Salud. Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos. Recursos Humanos en los Servicios de Salud. Documento Trabajo. Washington Junio 2002.

Briones, J. (2005). Análisis Metodológico. Grounded Theory. Sitio web: www.sgci.mec.es/redele/biblioteca2005/briones/05.metodología.pdf consultado el 1 de diciembre de 2005.

Cherchiglia, M., Girardi, S., Vieira, R., de Aguiar, R., Werneck da Rocha, P., Cimino, L. (1998). Remuneración y productividad: el caso de la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais, Brasil, 1992-1995. Sitio web del Observatorio de Recursos Humanos: www.observatoriorh.org/esp/pdfs/remuneración_MinasGerais.pdf, consultado el 27 de noviembre de 2005.

- CEPAL, (1996). Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Santiago de Chile, 1996.
- ENDSA (2003). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003. Sitio web: www.ine.gov.bo, consultado el 13 de mayo de 2006.
- JLI (2004a). Informe Recursos Humanos para Salud: Superemos la Crisis. Joint Learning Initiative . Washington, D.C.
- JLI (2004b). HRH Demand and Management: Strategies to Confront Crisis: www.globalhealthtrust.org, consultado el 27 de noviembre de 2005.
- HRH Europe (2006). Human Resources for Health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. UK.
- HRSA (2002). Sitio web: The Department of Health Resources and Services-Administration(HSRA): <http://newsroom.hrsa.gov/releases/2002releases/nhsc.htm>, consultado el 27 de noviembre de 2005.
- Heggenhougen, H. K. (1994). Antropología y salud pública: más allá de las medidas cuantitativas. Sitio web: <http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/Spanish/course/sesion2/antro.htm>, consultado el 1 de diciembre de 2005.
- INE Bolivia (2004). Estadística Nacional 2004. Instituto Nacional de Estadística Bolivia. Sitio web: www.ine.gov.bo, consultado el 24 de noviembre de 2005.

- INE Bolivia (2001). Censo Nacional de Población y vivienda 2001. Instituto Nacional de Estadística Bolivia. Sitio web: www.ine.gov.bo, consultado el 24 de noviembre de 2005.
- LACRSS (2005). Sitio web de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, www.observatoriorh.org, consultado el 28 de octubre de 2005.
- LACRSS (2004). Análisis del Sector Salud Bolivia. Resumen Ejecutivo. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe. Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Julio 2004. Washington D.C.
- Marjolein, D., Viet, P., Le Vu Anh,, Martineau, T., (2003). Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. Sitio web: www.human-resources-health.com/content/1/1/10, consultado el 27 de Noviembre de 2005.
- MSD Dossier de documentos normativos y legales. Departamento de Recursos Humanos, Ministerio de Salud y Deportes. La Paz, Bolivia.
- MSD (2006) Situación de Salud Bolivia 2004. Documentos de Divulgación Científica. Enero 2006. Ministerio de Salud y Deportes. Disponible en: www.sns.gov.bo, consultado el 8 de junio de 2006.
- MSD (2005). Recursos Humanos en Salud BOLIVIA. Ministerio de Salud y Deportes. Disponible en: www.observatoriorh.org/Toronto/Presentaciones/web/OrtizDazaBO.pdf, consultado el 27 de noviembre de 2005.

- MSPS (2003). Política Nacional de Salud. Ministerio de Salud y Previsión Social Bolivia. Enero, 2003. La Paz, Bolivia.
- Ministerios de Saúde (1997). Situação de Vinculo do Trabalho nas Secretarias Estaduais de Saúde. Ministerios de Saúde Brasil, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS Sitio web: www.mpdf.gov.br/ASSJUR/ldf/1992/1992/318.htm, consultado el 27 de noviembre de 2005.
- NHRA (2000). Nacional Rural Health Association, disponible en: http://www.unmc.edu/Community/ruralmeded/fedstloc/RecrRet/national_view_recruitment.htm, consultado el 12 de mayo de 2006.
- NHSC (2002). Sitio web: The National Health Service Corp (NHSC): <http://nhsc.bhpr.hrsa.gov/news>, consultado el 12 de mayo de 2006.
- OIT (1985). La remuneración por rendimiento. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra.
- OPS (2005) Situación de Salud en las Américas, Indicadores Básicos. 2005.
- OPS/OMS (2004a). Análisis del Sector Salud Bolivia. Documento de Trabajo. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Mayo, 2004. La Paz, Bolivia.

- OPS/OMS (2004b). Políticas de Recursos Humanos. Foro Abierto de Política de Salud. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. 2 de Julio de 2004. La Paz, Bolivia.
- OPS/OMS (2004c). Sistema Regional de Datos Básicos en Salud-Perfil del País. Versión actualizada al 9 de noviembre de 2004. La Paz, Bolivia. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Disponible en: www.ops-oms.com.bo, consultado el 24 de noviembre de 2005.
- OPS/OMS (2004d). Equidad en la Distribución de los Recursos Humanos en Salud. Bolivia-Ecuador-El Salvador y México. Informe Final. (Versión Preliminar). Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Quito-2004.
- OPS/OMS (2005). Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el siglo XXI. Resolución CD46/29. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 46º Consejo Directivo, 26-30 de septiembre de 2005. Washington D.C.
- OPS/OMS (2001). Perfil del Sistema de Servicios de Salud Bolivia. Sitio web de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe: www.lachsr.org/documents/perfildelsitemadesaluddebolivia-ES.pdf, consultado el 24 de noviembre de 2005.

- ORH (2005). Análisis de Mercado de la fuerza Laboral del Sector Salud, Bolivia.. Informe de Investigación. Observatorio de Recursos Humanos Bolivia. Año 2005.
- Osmond, B. (2004) Policy barriers to recruitment and retention of health professional in rural areas of Nova Scotia. The Atlantic Health Promotion Research Centre. Canadá. 2004.
- Rígoli, F. (1999). Incentivos en Servicios de Salud: Un panorama de teorías y paradojas. Universidad de Montreal. Documento del Observatorio de Recursos Humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C.
- Rodríguez, G. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. Archidona: Ediciones Aljibe.
- WHO (2000). The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. World Health Organization, Geneva

INDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	2
2.1 Panorama Mundial de los Recursos Humanos para Salud.....	2
2.2 Inequidades en la distribución de Recursos Humanos para Salud.....	4
2.3 Bolivia	6
2.3.1 Situación demográfica, social y económica	6
2.3.2 Situación de salud	10
2.3.3 Caracterización del Sistema de Salud Boliviano	11
2.3.4 Mercado Laboral Médico de Bolivia.....	14
2.4 Incentivos	17
2.4.1 Incentivos y Sistemas de Salud	18
2.4.2 Algunas experiencias internacionales en el uso de incentivos.....	20
2.5 Resumen del marco teórico.....	26
III. OBJETIVOS.....	28
3.1 Objetivo General.....	28
3.2 Objetivos Específicos	28
IV. METODOS.....	29
4.1 Tipo de Diseño.....	29
4.1.1 Entrevista Semi-estructurada	30
4.2 Población y muestra	31
4.3 Protocolo de Contacto	31
4.4 Registro de Voz	32
4.5 Entrevista.....	32
4.6 Transcripción de Entrevistas.....	32
4.7 Análisis de las Entrevistas	33
4.8 Criterios de rigurosidad científica	33
4.8.1 Validez	33
4.8.2 Fiabilidad.....	33

V. RESULTADOS	34
5.1 Características de la muestra	34
5.2 Resultados de las entrevistas.....	36
5.2.1 El mercado de trabajo médico en Bolivia	36
5.2.2 Falta de una Política Nacional de Recursos Humanos en Salud	39
5.2.3 Características de vida y trabajo en el área rural.....	41
5.2.4 Incentivos que permitan garantizar la permanencia de médicos en áreas rurales de Bolivia.....	44
5.2.5 Principales intereses profesionales de los médicos jóvenes.....	46
VI DISCUSIÓN	47
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
7.1 Conclusiones	53
7.1.1 Caracterizar el Mercado de Trabajo Médico	53
7.1.2 Conocer los intereses laborales de médicos recién egresados	54
7.1.3 Incentivos aplicables a la realidad Boliviana para garantizar la permanencia de médicos en sectores rurales.....	55
7.2 Recomendaciones.....	56
7.2.1 Formular recomendaciones sobre políticas y estrategias en base a los hallazgos del estudio	56
7.3 Limitaciones de la Investigación	58
VIII BIBLIOGRAFÍA	61

ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo N° 1 Bolivia: Distribución porcentual de recursos humanos por categoría profesional. Sector Público. Año 2005.
- Anexo N° 2 Bolivia: Distribución Porcentual de recursos humanos según Nivel de Atención. Sector Público. Año 2005.
- Anexo N° 3 Cargos e Instituciones de Trabajo de los Informantes Clave
- Anexo N° 4 Carta de presentación y solicitud de entrevista
- Anexo N° 5 Consentimiento informado
- Anexo N° 6 Guía de la entrevista semi-estructurada

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- GRÁFICO N° 1 Bolivia: Población según Departamento y Área Geográfica. Censo 2001.....8
- GRÁFICO N° 2 América Latina:Tasa de Médicos por 10.000 habitantes. 2001.....15
- GRÁFICO N° 3 Bolivia: Distribución de Recursos Humanos para Salud por Categoría e IDH Municipal.....16
- GRÁFICO N° 4 Ciclo de Destinación de Médicos, Chile.....25
- GRÁFICO N° 5 Lugar de Trabajo de los Informantes Clave.....34
- GRÁFICO N° 6 Perfil Profesional de los Informantes Clave según Lugar de Trabajo.....35

ÍNDICE DE FIGURAS

- FIGURA N° 1 Densidad Mundial de Recursos Humanos.....3
- FIGURA N° 2 Mapa de División Política de Bolivia.....6
- FIGURA N° 3 Pirámides Poblacionales de Bolivia.....7
- FIGURA N° 4 Distribución Municipal de Médicos Bolivianos por 10.000 habitantes.....17

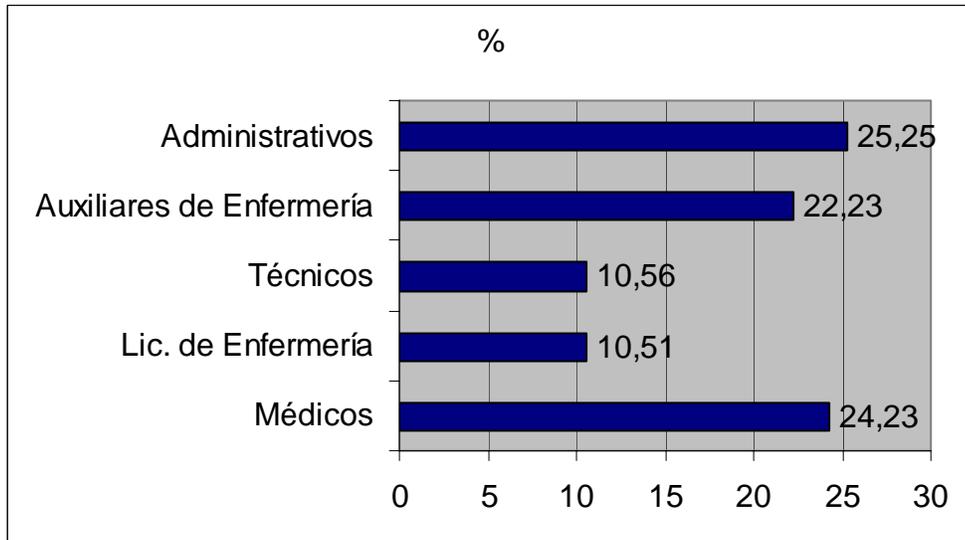
ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	Problemas atinentes a la mala distribución de recursos humanos.....	4
TABLA N° 2	Bolivia: Indicadores Socio-Demográficos según Área Geográfica. Censo 2001.....	9
TABLA N° 3	Bolivia: Indicadores de Salud según Área Geográfica. ENDSA 2003.....	11
TABLA N° 4	Bolivia: Indicadores de Salud según Área Geográfica. MSD 2005.....	11
TABLA N° 5	Bolivia: Marco Legal y Normativo de Recursos Humanos.....	14
TABLA N° 6	Esquemas Remuneracionales utilizados por los Sistemas de Salud.....	19
TABLA N° 7	Principales incentivos para reclutar recursos humanos en áreas rurales.....	25

ANEXOS

Anexo N° 1

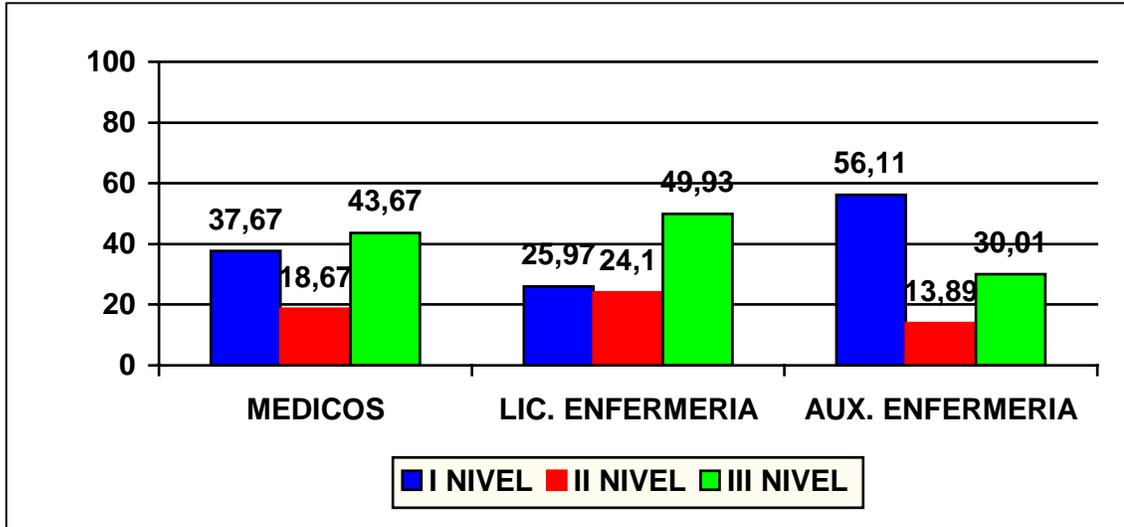
Bolivia: Distribución Porcentual de Recursos Humanos por Categoría Profesional. Sector Público. Año 2005.



Fuente: Modificado de MSD, 2005

Anexo N° 2

Bolivia: Distribución Porcentual de Recursos Humanos según Nivel de Atención. Sector Público. Año 2005.



Fuente: MSD, 2005

Anexo N° 3

Cargos e Instituciones de Trabajo de los Informantes Clave

Cargo	Institución
Representante	OPS/OMS Bolivia.
Profesional Nacional en Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.	OPS/OMS Bolivia.
Consultora Gestión Integrada de Recursos Humanos.	OPS/OMS Bolivia.
Consultor de Recursos Humanos en Salud.	Observatorio de los Recursos Humanos.
Decidora de Alto Nivel	Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia.
Director de Recursos Humanos.	Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia.
Gerente General de la Reforma de Salud.	Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia.
Coordinador Nacional Programa Nacional de Extensión de Cobertura en Salud. EXTENSA.	Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia.
Consultor de Recursos Humanos para la Reforma Salud.	Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia.
Graduado de la Carrera de Medicina.	-
Graduada de la Carrera de Medicina.	-
Graduado de la Carrera de Medicina.	-
Médico del 1er Nivel de atención rural	Subsector Público de Salud
Médico del 1er Nivel de atención rural	Subsector Público de Salud
Médico del 1er Nivel de atención rural	Subsector Público de Salud

Anexo N° 4

Carta de Presentación y Solicitud de Entrevista

Lugar y fecha

Señor (a)

.....

Lugar.-

Ref.: **Solicitud de entrevista para participar en investigación sobre recursos humanos en salud.**

Distinguido(a):

Mi nombre es Mariana José Gareca Arizaga, soy médico cirujano y postulante a Magíster en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

Dada su experiencia en el tema de recursos humanos en salud de Bolivia deseo invitarle para participar en una investigación sobre el tema de incentivos para garantizar la permanencia de recursos humanos médicos en el sector rural de Bolivia. Los resultados pretenden concretar un aporte bibliográfico para gestores e investigadores de salud.

La entrevista será realizada por mi persona, adjunto los objetivos, metodología y confidencialidad. En caso de confirmar su participación le ruego fijar fecha, hora y lugar.

Sin otro particular me despido atentamente esperando su contacto. Muchas gracias.

Mariana José Gareca Arizaga
Cl.: 3638315 Ch.



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA 2005

OBJETIVOS, METODOLOGÍA, CONFIDENCIALIDAD

Tema de Tesis:

Diseñar recomendaciones sobre políticas y estrategias para incentivar la permanencia de recursos humanos médicos en el sector rural de Bolivia

Pregunta de investigación

¿Qué incentivos pueden ser considerados en el diseño de recomendaciones sobre políticas y estrategias para garantizar la permanencia de Recursos Humanos Médicos del sector rural de Bolivia?.

Objetivo General

Contribuir al Sistema de Salud Boliviano, generando evidencia para mejorar la distribución y permanencia de médicos en el sector rural.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar el Mercado de Trabajo Médico del Sector Salud Boliviano.
2. Determinar que tipos de incentivos pueden ser aplicables a la realidad Boliviana para garantizar la permanencia de médicos en sectores rurales.
3. Conocer los intereses laborales de Médicos Bolivianos jóvenes y recién egresados.
4. Formular recomendaciones sobre políticas y estrategias para incentivar la permanencia de recursos humanos médicos en el sector rural de Bolivia en base a los hallazgos del estudio.

Metodología

Asintiendo los objetivos de la presente investigación, adoptaremos la metodología cualitativa, ya que se pretende privilegiar la interpretación de la realidad, dando cuenta de juicios, valores, opiniones y experiencias, para formar una visión lo más completa posible del desarrollo intelectual y teórico respecto a la temática tratada, de manera de entregar resultado confiables, válidos y factibles de ser aplicables en el marco de la realidad Boliviana.

Diseño

Previa *revisión bibliográfica puntual* del marco jurídico de regulación laboral en el sector salud Boliviano y la referencia de algunas experiencias internacionales respecto al uso de incentivos para estimular la permanencia de médicos en lugares apartados, se realizarán **entrevistas semi-estructuradas** a informantes clave involucrados en el tema de Recursos Humanos en Salud en Bolivia.

Las entrevistas serán realizadas por Mariana José Gareca Arizaga, Boliviana, médico de profesión, alumna del Magíster en Salud Pública 2005 de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y autora de la presente tesis.

Se realizará un registro permanente de voz a través de una grabadora con cintas magnetofónicas, a objeto de capturar toda la conversación, para su posterior transcripción.

Se estima que cada entrevista no excederá 60 minutos de duración.

Los resultados serán redactados abstrayendo las conclusiones obtenidas durante el proceso de análisis, obedeciendo los lineamientos trazados por el objetivo general y específicos.

Confidencialidad

La difusión de la presente Tesis se circunscribe a ámbitos académicos, pretendiendo consolidar un documento bibliográfico para gestores y autoridades Bolivianas encargadas del tema de Reforma Salud.

Cada informante clave podrá exigir anonimato si considerase pertinente.

Retribución

Los informantes clave recibirán una copia de los resultados y conclusiones obtenidas.

Lugar y fecha

Dra. Mariana José Gareca Arizaga

CI: 3638315 Ch.

Anexo N° 5

Consentimiento Informado

Yo
accedo voluntariamente a participar en la entrevista sobre el tema de “Diseño de Políticas y Estrategias para Incentivar la Permanencia de Recursos Humanos Médicos en el Sector Rural de Bolivia”.

Nombre de la Investigadora: Mariana José Gareca Arizaga

Fecha de la Entrevista:

Hora de Comienzo:

Duración aproximada:

Lugar de la Entrevista:

Comentarios:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

Firma

Anexo N° 6

Guía de la Entrevista Semi-estructurada

¿Cómo describiría el Mercado de Trabajo Médico en Bolivia?

¿Considera que en el mediano plazo es posible aumentar la tasa de médicos por 10.000 habitantes en el país, teniendo en cuenta la coyuntura política y económica que se vive?

¿Qué perspectiva tiene respecto al área rural, teniendo en cuenta la condición social y de salud que enfrentan?

¿Qué tipo de incentivos podrían ser factibles de aplicar considerando el marco jurídico y normativo de recursos humanos en Bolivia, para garantizar la permanencia de médicos en el área rural?, ¿Por qué?

- a) Pecuniarios
- b) No pecuniarios: Mejorar condiciones de vida y trabajo en sectores rurales, capacitación, psicológicos, etc.

¿Cuáles son los principales intereses y perspectivas de los médicos recién egresados?

¿Qué experiencia de trabajo tiene en el área rural?