



## CALIFICACIÓN DE CARGOS JERÁRQUICOS EN EL SISTEMA DE SALUD BOLIVIANO

Dr. Guido Monasterios Vergara\*

*“Soñar no cuesta nada...”*

*Anónimo*

### INTRODUCCIÓN

Entre los déficits que el sistema de salud tiene, comparando su realidad con parámetros internacionales reconocidos, por ejemplo, la OPS/OMS, el de recursos humanos es uno muy sensible. Su análisis es complejo e implica muchos factores concurrentes.

Este documento está elaborado como un insumo para el análisis de la temática de selección de recursos humanos para el sistema de salud. Surge de la experiencia de muchos años de trabajo en los subsistemas público, privado y de la seguridad social en el Departamento de La Paz y de la revisión y análisis de la bibliografía existente sobre el tema.

Para la investigación se ha contado con el acceso a dos principales fuentes bibliográficas: la primera Scribd para la búsqueda de libros relacionados con gestión de recursos humanos en salud y la segunda ha sido el portal Academia.edu.org para la revisión de estudios relativos al tema.

Se examinan algunos de los factores vinculados con la selección de recursos humanos.

Se plantean nuevos elementos de análisis para el proceso de evaluación de recursos humanos, con miras a generar una reacción de las instancias involucradas, pero también a facilitar herramientas para un diálogo productivo que se traduzca en una política de salud

consensuada, sólida, implementable y duradera.

### ANTECEDENTES

Desde que se creó el sistema de salud en nuestro país hemos vivido en crisis sanitaria; siempre han sido mayores las necesidades que los recursos asignados a la salud; y cuando hablamos de salud incluimos todos los conceptos vinculados, llámense: promoción de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación así como aquellos elementos determinantes de la salud: vivienda, educación, acceso a servicios básicos, alimentación, por citar algunos, marcados por grandes e indignantes brechas en relación con el quintil de ingreso.

En el pasado hubieron algunas propuestas de políticas públicas que no alcanzaron a ser institucionalizadas; entre ellas la Departamentalización hospitalaria, la Carrera Sanitaria, el Sistema de Recursos humanos por ejemplo; otras cuentan con aprobación ministerial y la documentación correspondiente elaborada, editada, difundida y apoyada por procesos de capacitación intensos, variados, de carácter local, municipal, departamental y hasta nacional con apoyo de instituciones de las Naciones Unidas, Agencias de Cooperación bilaterales y multilaterales, sin embargo hasta la fecha no se han implementado en la totalidad

\* Médico Especialista en Dermatología. Máster en Gestión y Políticas Públicas. Académico de número de la Academia Boliviana de Medicina. Docente invitado de la Residencia en Dermatología en la Unidad de Dermatología del Hospital General de Clínicas de La Paz

de las redes de servicios de salud; entre éstos mencionamos: Sistema de Referencia y contrarreferencia, el Continuo de la Atención, TELESALUD, Investigación y hasta la mismísima Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI.

Las preguntas surgen espontáneamente: ¿Son necesarias?, ¿Son factibles de implementar?, ¿qué lo impide? El único tema que sí ha sido atendido por el Estado adecuadamente han sido las vacunas del programa regular del PAI, programa que, sin embargo, ha sufrido un deterioro debido a la pandemia, colocándonos en riesgo de la reemergencia de enfermedades que ya habíamos controlado.

El subsector público del sistema de salud está organizado en redes de servicios de salud de complejidad creciente desde el primer nivel de atención al cuarto; en esas redes cada establecimiento de un nivel superior debería ser responsable de la formación de recursos humanos, así como de la capacitación continua de dichos recursos del nivel inmediatamente inferior. Del mismo modo deben asumir el sistema de referencia y contrarreferencia y el de supervisión.

La normativa elaborada para la organización y funcionamiento de las redes de servicios de salud es importante; pese a ello dichas redes son ineficaces e ineficientes en su mayoría. Una de las razones es la dependencia de los diferentes niveles ya que el primero y segundo nivel dependen del gobierno municipal, en tanto los terceros niveles dependen de los Gobiernos departamental y no siempre se relacionan armónicamente. El cuarto nivel es de dependencia nacional y merece un análisis aparte, que excede el propósito de este trabajo. Otra razón es la elevada movilidad del recurso humano que inviabiliza el seguir una carrera sanitaria o una carrera hospitalaria.

La incorporación al sistema de salud ha sido y es un momento crítico, cualquiera

sea el subsector involucrado, aunque más grave en el subsector público. Sus manifestaciones más frecuentes incluyen:

Ingreso sin selección, digitado en función a criterios de política partidaria de los gobernantes de turno, conducta siempre criticada por los partidos que no están al mando y que mágicamente aplicada desde el primer día en que acceden al poder y así sucesivamente. Múltiples contratantes, con múltiples modalidades de contratación, diferencias salariales y algunas sin reconocimiento de beneficios sociales.

Inexistencia de una carrera sanitaria ni de una carrera hospitalaria que exija requisitos para acceder secuencialmente a los diferentes cargos intermedios y jerárquicos. A pesar de los grandes logros del Colegio Médico en la política de salud y social, se observa sin fuerza para hacer cumplir lo establecido por ley ni tiene ahora la capacidad de negociar soluciones funcionales que beneficien al profesional, al sistema de salud y a la población usuaria al evaluar postulantes a cargos jerárquicos del Sistema de Salud.

El Estatuto Orgánico y Reglamentos del Colegio Médico de Bolivia, aprobado por Resolución Ministerial N°0622 del 25 de julio de 2008 establece con claridad los parámetros que se deben considerar al evaluar a un profesional en un concurso de méritos y examen de competencia. Aquí vemos que no se considera el futuro, la propuesta de un plan de trabajo, lo que espera el postulante hacer, si es elegido. Analizando esta normativa se observa un carácter gremialista que no toma en cuenta las necesidades de un sistema de salud de producir servicios integrales de salud, de calidad, suficientes, oportunos y cercanos a la población, ni tampoco sugiere la evaluación periódica del servicio en el cargo convocado.

### **Política de Recursos Humanos**

En algunos países el ingreso a la carrera de Medicina está restringido por el puntaje de notas alcanzado en la

formación básica formal, que debe ser superior o igual al 70/80% del puntaje posible. En nuestro país no hay tal restricción y hay muchas maneras y espacios para ingresar a esta tan digna profesión, que no son tema para tratar ahora. Ello produce una inmensa oferta de profesionales a un mercado laboral restringido incapaz de captar toda la oferta ni tampoco influir en la calidad de la formación.

Los países de la subregión Andina Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, integrados en el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS – CONHU) elaboraron y aprobaron mediante Resolución REMSAA XXXIII/474 del 23 de noviembre de 2012, la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud y la implementación de su Plan de Acción 2013 – 2017.

En el año 2015 se realizaron 5 estudios sobre temas fundamentales de esta Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos de Salud. El primer estudio del Monitoreo de esta política incluyó la construcción de un *sistema de indicadores* que permiten monitorear el estado de los recursos humanos en los países andinos; con 4 ejes de la Política Andina de RHUS se definieron 14 metas y 43 indicadores, identificando sus fuentes de información.

También se realizaron estudios en: *Sistema de monitoreo de migraciones de profesionales de la salud; Análisis de la gestión del componente de Recursos Humanos (RRHH) en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos; Sistematización y análisis de las experiencias de determinación de brechas de recursos Humanos en Salud; Desarrollo de esquemas de incentivos para la retención - fidelización del personal de salud en áreas rurales y de difícil acceso.*

El año 2019 se presentó el documento Política Andina de Recursos Humanos en Salud. Plan Estratégico 2018 - 2022

/ Andean Policy on Human Resources in Health. Strategic Plan 2018 – 2022 de los autores: Heredia, Nila; Jemio, Jorge; Rovere, Mario; Bustos, Verónica. Editado en Lima; Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue; 1; 20190700. 81 p. El 13 de abril del 2023 El Comité Andino de Recursos Humanos en Salud evaluó su política 2018-2022 con miras a su actualización.

## PROPUESTA

La presente propuesta de calificación de cargos jerárquicos en el Sistema de Salud tiene como base conceptual los tres momentos de la vida del individuo, a saber: Su pasado, su presente y su futuro, es decir: lo que ha sido, lo que es y lo que se propone ser, en relación con las funciones y responsabilidades de un cargo jerárquico al que postula. Se introduce en la ecuación un elemento que hasta la fecha no ha sido considerado, elaborado ni reglamentado y menos, incorporado a una política de salud.

### **Evaluación de lo que el profesional ha sido: (Los antecedentes)**

Al poner en manos de una persona el destino de cientos de trabajadores, de miles de pacientes, de millonarias sumas de dinero en tecnología administrativa y biomédica, equipamiento, insumos, medicamentos y otros rubros, se deben considerar dos aspectos de lo que el profesional ha sido:

El aspecto profesional en sí, su formación académica, su experiencia profesional, sus habilidades docentes, pero fundamentalmente la formación alcanzada a nivel de maestría en las áreas de: Administración de servicios de salud, Dirección y Gestión Sanitaria, pero también habilidades de: organización y de planificación, conocimientos financieros o competencias TIC\*.

Hay experiencias negativas en la mayoría de los hospitales, de excelentes y renombrados especialistas que de un día para el otro aparecen sentados en la Dirección sin tener mayor vivencia

\* que recibe diversos nombres, acorde a lo que las instituciones formadoras decidan, sin que exista un acuerdo entre estas y el sistema de salud. NOMBRAR los existentes en Bolivia.

que la del servicio en que desarrolló su experiencia clínica, quirúrgica o de otra área médica\*.

El aspecto humano del individuo expresado en sus componentes físico, mental y espiritual sin un patrón con el cual compararlo, pero sí buscando la armonía y equilibrio entre ellos. Es difícil, si no imposible, que una persona que no cuida su alimentación ni sus hábitos nutricionales lo haga por aquellos que accedan al establecimiento de salud que dirigirá.

El componente mental está en parte reflejado en los documentos adjuntados como antecedentes y es importante complementarlos con evidencia de sus características psicológicas (algo que si se toma en cuenta en la empresa privada y organismos de cooperación en salud). Podría mencionarse algunas de las características más importantes que requiere un director de Hospital, a saber: Justicia, equidad, Comunicación y Liderazgo. Lo ético es muy importante en cualquier cargo de dirección y por tanto debe ser evaluado con transparencia y equidad; causales de rechazo son aquellos procesos con sentencia ejecutoriada.

El componente espiritual no es fácil de evaluar, pero puede incluirse la autoestima, la confianza y la calma entre las principales manifestaciones.

### **El aspecto legal**

La calificación de antecedentes siempre ha generado reclamos de quienes se sienten perjudicados, pero cuenta con el silencio de los que son beneficiados. No todos los certificados reflejan un aprendizaje alcanzado, la mayoría no responde a una evaluación de conocimientos adquiridos y casi ninguno se extiende luego de evidenciada la puesta en práctica de las habilidades promovidas.

La calificación de antecedentes ha estado frecuentemente en tela de juicio por diversos motivos, entre

ellos: presiones político-partidarias. Para minimizar este riesgo, se deben establecer reglas claras y aprobar un único instrumento de calificación que respete las expectativas profesionales e institucionales, que deben generarse de manera participativa. manipulación o hasta falsificación de certificados Interpretaciones personales.

La importancia de las convocatorias de cargos jerárquicos con carácter cerrado institucional debería obedecer a la necesidad de promover una carrera sanitaria sin saltos, cubriendo secuencialmente todos los cargos intermedios y jerárquicos que una vez evaluados induzcan al ingreso de profesionales con conocimiento efectivo de la problemática institucional complementario a la formación específica en las áreas antes mencionadas. Para dirigir el máximo nivel debe el postulante conocer los niveles inferiores de manera que pueda ser un articulador eficaz de la red.

**Evaluación de lo que el profesional es:** (El examen de competencia) Mediante el examen de competencia la institución contratante busca evaluar el grado de conocimiento del profesional respecto a los temas vinculados al ejercicio de la función que establece el cargo a desempeñar.

Esto implica el conocimiento del sistema de salud, de su organización en redes de servicios de salud y del lugar que ocupa el establecimiento contratador en la red, sea esta departamental, Municipal o nacional. También implica conocer los subsistemas que permiten integrar las mencionadas redes en un solo cuerpo institucional cuyo objetivo final es la salud de los pacientes.

El candidato debe tener conocimiento del hospital al cual postula dirigir, del estado de situación y de los recursos con que cuenta y la dimensión del desafío. De la misma manera se debe evaluar el conocimiento de los aspectos legales que regulan el sistema de salud y

\* Esto se agrava cuando además, el administrador del hospital no tiene una formación específica en administración de hospitales, lo cual es la regla en Bolivia.

especialmente el de redes y del hospital; esto incluye el marco administrativo y de las funciones y atribuciones del cargo concursado.

Considerando la importancia del cargo jerárquico, la de este componente del candidato y la importancia de la institución convocante, es importante que el examen sea elaborado por personal de amplia experiencia en los campos de la salud pública, planificación en salud, administración hospitalaria, gestión social y educación en salud. El criterio de 51% como mínimo de aprobación no es una opción; se espera conocimientos sólidos en todos esos campos y la nota mínima debería ser de un 75%.

### **Evaluación de lo que el profesional propone hacer: (El plan de trabajo)**

En el hecho de exigir al candidato una propuesta de trabajo el Estado busca verificar si la gestión hospitalaria propuesta está enmarcada en las políticas de salud nacional, departamental, de redes y de hospitales. Si el candidato conoce la institución que desea dirigir, conoce su situación actual y si la propuesta tiene un horizonte positivo y puede establecer metas a alcanzar al final de la gestión.

Este plan es una propuesta, pero también un compromiso con los

trabajadores del hospital, con los jefes de departamentos, con las autoridades de salud y deberá servir para evaluar la gestión hospitalaria al final del período contratado\*\*; para ello debe convertirse en un instrumento de planificación, monitoreo y evaluación para el hospital y las autoridades superiores de las que depende la institución.

El plan de trabajo presentado es una propuesta que debe alcanzar una evaluación del 70% o más del puntaje posible. En caso de que los antecedentes y examen de competencia hubieran alcanzado el puntaje suficiente para ser elegido, pero la propuesta es insuficiente el postulante podrá ajustarla siguiendo las recomendaciones y volver a presentarla.

El Estado pocas veces ha estado sensibilizado con la elección de los mejores profesionales para su red de servicios de salud, en parte por la necesidad de dar cabida a partidarios del partido político al mando del Gobierno y en parte por la nefasta y discriminatoria política nacional del "Servidor Público" que en la práctica es el botín de guerra del Administrador de turno del Estado.

Es aún muy largo el camino para alcanzar la madurez política y social capaz de administrar el Estado para beneficio de toda la población y no de los intereses partidarios.

### **REFERENCIAS**

1. *Colegio Médico de Bolivia. Estatuto Orgánico y Reglamentos del Colegio Médico de Bolivia. La Paz - Bolivia. 2008*
2. *Ministerio de Salud - Sistema Universitario Boliviano Norma Boliviana de Integración Docente Asistencial, Investigación e Interacción. Comunitaria. 2017*
3. *Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud. Plan de Acción 2013 - 2017*
4. *Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue Política Andina de Recursos Humanos en Salud. Plan Estratégico 2018 - 2022. Lima - Perú. 2022.*

\*\* Algo que nunca se ha realizado en toda la historia de nuestros hospitales. A lo máximo existe desde hace unos años una rendición de cuentas.