UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO DE SALUD PÚBLICA

EVOLUCIÓN DEL GASTO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD DE LA SECRETARÍA DE SALUD EN COMPARACIÓN CON EL GASTO TOTAL EN SALUD DE LA INSTITUCIÓN Y EL PRODUCTO INTERNO BRUTO, HONDURAS, 2009-2014

PRESENTADO POR

BRENDA JUDITH MORALES ROMERO

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE

MASTER EN SALUD PÚBLICA

ASESORA

MSC. ASTARTE ALEGRIA

TEGUCIGALPA, M.D.C. NOVIEMBRE, 2017 HONDURAS, C.A.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH

RECTOR
DR. FRANCISCO HERRERA

VICE RECTORA ACADEMICA
MAE. BELINDA FLORES DE MENDOZA

VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES
ABOG. AYAX IRIAS COELLO

VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES
Dr. JULIO RAUDALES a.i.

SECRETARIA GENERAL
Licda. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DE INVESTIGACION CIENTIFICA Y POSGRADOS
MSc. LETICIA SALOMÓN

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO ACADÉMICO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

COORDINADORA GENERAL DE LOS POSGRADOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. OCTAVIO SANCHEZ

COORDINADOR GENERAL DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA
MSc. MARTA ISABEL FONSECA

Dedicatoria

A mi Madre Zoila Nohemi Romero y a mi Padre José Morales, por su apoyo en mi educación.

A mi hijo Miguel José Mejía Morales por sus palabras de ánimo y su incondicional apoyo, a mis sobrino Pedro José Molina Morales por estar pendiente de mis avances.

A mi hermana Ana Dixie Morales por acompañarme en las horas de trabajo de este estudio.

Agradecimiento

A Dios todopoderoso por ser mi guía y luz.

A la MSc. Astarté Alegría quien me ha impulsado a cumplir con este compromiso, mi eterno agradecimiento.

Un especial agradecimiento a la Dra. Norma Bejarano Coordinadora de Monitoreo y Evaluación, mentora en este proceso y a la Dra. Janethe Aguilar Directora de la UPEG de la Secretaría de Salud, por brindarme el apoyo para la culminación de la tesis,

Al Dr. Escalante Coordinador de la Maestría de salud Pública por estar pendiente de la culminación de este trabajo.

A MSc. Mercedes Martínez por estar pendiente de la culminación de este trabajo.

Al cuerpo de docentes que me facilitaron un aprendizaje innovador y transformador que me ha permitido incursionar en el campo de la salud pública.

Y a mi sobrino Joaquín José Molina por su colaboración.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN 1

II. OBJETIVOS 5

A. OBJETIVO GENERAL 5
B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 5

III. MARCO TÉORICO 6

3.1 GASTO Y FINANCIAMIENTO EN RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD 6
3.2 ESPACIO FISCAL PARA EL FINANCIAMIENTO DEL RECURSO HUMANO EN SALUD 16
3.3 DEFINICIÓN DEL GASTO EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD 22
3.4 INDICADORES DEL GASTO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD 29
3.5 MARCO DE MEDICIÓN DEL GASTO EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD 31
3.6 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD 40
3.6.1 EL RECURSO HUMANO EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA NACIONAL 49

IV. METODOLOGÍA 61

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO 61
4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS 66

V. RESULTADOS 68

5.1. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN RECURSOS HUMANOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD EN COMPARACIÓN CON EL GASTO TOTAL EN SALUD DE LA INSTITUCIÓN. 68
5.2. EVOLUCIÓN DEL GASTO TOTAL EN RECURSOS HUMANOS DE LA SECRETARIA DE SALUD COMO PROPORCIÓN DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO DEL PAÍS DURANTE EL PERIODO 2009-2014. 73
5.3. EVOLUCIÓN ENTRE EL GASTO FIJO Y VARIABLE EN RECURSOS HUMANOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD CON RESPECTO AL GASTO TOTAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA INSTITUCIÓN PERIODO, 2009-2014 75
5.4. COMPOSICIÓN DEL GASTO EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD POR TIPO DE PUESTO 78

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS 80

6.1 EVOLUCIÓN DEL GASTO EN RECURSOS HUMANOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD EN COMPARACIÓN CON EL GASTO TOTAL EN SALUD DE LA INSTITUCIÓN, PERIODO 2009-2014. 80
6.2 EVOLUCIÓN DEL GASTO EN RECURSOS HUMANOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD COMO PROPORCIÓN DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO DEL PAÍS, PERIODO 2009-2014. 90
6.3 EVOLUCIÓN ENTRE EL GASTO FIJO Y VARIABLE EN RECURSOS HUMANOS DE LA SECRETARIA DE SALUD CON RESPECTO AL GASTO TOTAL EN RECURSOS HUMANOS DE LA INSTITUCIÓN, PERIODO 2010 AL 2014. 95
6.4 COMPOSICIÓN DEL GASTO EN RECURSOS HUMANOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD POR TIPO DE PUESTO. 99

VI. CONCLUSIONES 105

VIII. RECOMENDACIONES 118

VIII. BIBLIOGRAFÍA 129

IX. ANEXOS.....144

I. INTRODUCCIÓN

Con el reconocimiento de los recursos humanos en salud (RHS) como pilares fundamentales en el bienestar de la población, en el año 2005 se establece el "Llamado a la acción de Toronto" impulsado por la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Canadá, que promovió un esfuerzo conjunto permanente y planificado para la implementación de políticas, planes de desarrollo y de inversión en recursos humanos para la salud en torno a la década 2006-2015, con el propósito de contribuir al fortalecimiento de la atención primaria y el logro del acceso y cobertura universal en salud.

El informe sobre salud en el mundo año 2006, reconoce que el RHS no debe ser considerado solo un gasto de consumo en el presupuesto, si no, una inversión para el alcance de los principales objetivos relacionados con la salud.

El grupo de trabajo de la Alianza Global para los recursos humanos en salud propone entre otros el conocimiento del espacio fiscal y la disponibilidad de mecanismos efectivos de financiamiento del empleo de la fuerza de trabajo en salud. A su vez, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea la generación de espacio fiscal para el incremento del gasto público en salud, buscando la ampliación de la cobertura y el acceso universal a la salud.

Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que diversas áreas de interés para la formulación de políticas, planes y proyectos pueden requerir un desglose específico de las estimaciones del GRHS, para movilizar financiamiento, que los métodos normalizados de las cuentas nacionales o de salud no contemplan.

Considerando que la Secretaría de Salud (SESAL) es el ente rector del Sistema Nacional de Salud, es pertinente preguntarse: ¿Cómo ha evolucionado el gasto total en recursos humanos para la salud de la SESAL en comparación con el gasto total en salud de la institución y el producto interno bruto (PIB)? y ¿cómo se refleja la composición del gasto por tipo de recursos humanos? Esas interrogantes llevaron a plantear el estudio realizado, sobre gasto en recursos humanos para la salud; el objetivo general del estudio fue: “Analizar la evolución del gasto en recursos humanos para la salud de la Secretaría de Salud, en comparación al gasto total en salud de la institución y al producto interno bruto (PIB), durante el periodo del año 2009 al 2014".

Los aspectos identificados para realizar el análisis del gasto en recursos humanos en salud (GRHS) se basa en:

1) La formulación de políticas, planes y proyectos pueden requerir para ser sustentadas; un desglose específico de las estimaciones del gasto en recursos humanos para movilizar financiamiento, que los métodos normalizados de las cuentas nacionales o de salud no contemplan.

2) La situación actual en materia de recursos humanos que limitan el alcance del acceso y cobertura universal en salud, amerita una adecuada planificación estratégica de los RHS en todas las etapas del ciclo de vida laboral, vinculada al presupuesto en cada una de ellas; dada la necesidad de una gestión eficiente y eficaz del financiamiento y el gasto de RHS.

3) La disponibilidad de un conjunto de datos más sólidos que evidencien los resultados sanitarios y GRHS que reportan las inversiones destinadas a la fuerza de trabajo, para análisis del espacio fiscal y de las brechas en materia de recursos humanos, como evidencias en la negociación de la asignación de presupuesto para la expansión planificada del recurso humano para la salud.

Metodológicamente se trata de un estudio descriptivo, basado en el análisis documental a partir de fuentes secundarias; las variables del estudio fueron gasto en recursos humanos para la salud; gasto total en salud y el PIB. Las fuentes son los registros de las bases de datos del sistema de información administrativa financiera (SIAFI) y del sistema de información administrativa de recursos humanos (SIARH) dependiente de la Dirección General de Servicio Civil, módulo del SIAFI. Además, se realizó análisis documental de la planificación estratégica nacional e institucional y de la política presupuestaria, que aportan al estudio de la evolución del gasto en recursos humanos en salud (GRHS).

Los hallazgos muestran que el GRHS de la SESAL decreció -0.98% a partir del periodo 2011-2012 pasando a -2.69% en el periodo 2013-2014; en comparación

al gasto total en salud de la institución que evidencia un crecimiento exponencial durante los años 2009-2012, con una tendencia de menor crecimiento a partir del año 2012 al 2014.

El monto del GRHS de la SESAL presentó un incremento entre el 2009 y 2011 y en comparación con el PIB alcanzo 1.87 % en el 2010, mientras que al 2014 el GRHS en comparación con el PIB alcanzo un porcentaje de 1.4; este comportamiento también tiene que ver con la productividad nacional, y con factores que estuvieron presentes, como el concurso de plazas realizado en el 2010, después el congelamiento de plazas debido a las medidas de política presupuestaria y del fondo monetario como la reducción de la masa salarial con respecto al PIB.

La mayor inversión en recurso humano para la prestación del servicio se concentró en auxiliares de enfermería. Sin embargo, en general los recursos humanos de la SESAL, del tipo administrativos y oficios, generan el mayor gasto promedio para pago de salarios. El comportamiento de la evolución del gasto en recursos humanos en salud del ente rector, evidencia la carencia de priorización en mecanismos de planificación estratégica del RHS, que permitan vincular dicha planificación a los objetivos y resultados sanitarios, a la estimación presupuestaria y a la gestión financiera en materia de recursos humanos.

II. OBJETIVOS

A. Objetivo general

Analizar la evolución del gasto en recursos humanos para la salud de la Secretaría de Salud en comparación al gasto total en salud de la institución y al Producto Interno Bruto durante el periodo del año 2009 al 2014**.**

B. Objetivos específicos

1. Describir la evolución del gasto en recursos humanos de la Secretaría de Salud en comparación con el gasto total en salud de la institución, periodo 2009-2014.
2. Describir la evolución del gasto en recursos humanos de la Secretaría de Salud como proporción del Producto Interno Bruto del país durante el periodo 2009-2014.
3. Comparar la evolución entre el gasto fijo y variable en recursos humanos de la Secretaria de Salud con respecto al gasto total en recursos humanos de la institución, periodo 2010 al 2014.
4. Identificar la composición del gasto en recursos humanos de la Secretaría de Salud por tipo de puesto.

III. MARCO TÉORICO

3.1 Gasto y Financiamiento en recursos humanos para la salud

Los recursos humanos en salud (RHS) juegan un rol fundamental en la entrega de los servicios de salud a la población. Sin embargo, éstos sin otros insumos, incluyendo medicamentos y suministros, equipo funcional y supervisión adecuada entre otros, no podrán desempeñar su rol de la forma más apropiada. Así, la ampliación del financiamiento de los RHS sin financiación para otros bienes relacionados con la salud podría no ser eficaz. Por tanto, las políticas eficaces de RHS deberían ser parte de la mejora del funcionamiento y el rendimiento de todo el sistema de salud (OMS, Global Health Workforce Alliance, 2009).

El Informe Mundial sobre Salud en el Mundo año 2006, considera que sin los recursos humanos necesarios no se puede avanzar en el alcance de los principales objetivos de desarrollo relacionados con la salud; por lo que el gasto en RHS, no debe ser considerado solo un gasto de consumo en el presupuesto, sino también una inversión (OMS, 2006, pág. 24) debido a que la fuerza de trabajo, elemento clave de todos los sistemas sanitarios es fundamental para contribuir al logro del acceso y cobertura universal de la salud.

Según el informe sobre la salud en el mundo año 2006, existen evidencias de que el número y la calidad de los trabajadores sanitarios están efectivamente relacionados con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria

y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres. Se ha comprobado que la calidad de los médicos y la densidad de su distribución se correlacionan con resultados positivos en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares. A la inversa, la malnutrición infantil ha empeorado con los recortes de personal durante las reformas del sector sanitario (OMS, 2006, págs. xiv-xv).

La Región de las Américas aún enfrenta grandes desafíos debido a la inequidad en salud, a los nuevos patrones epidemiológicos y demográficos que demandan respuestas diferentes e innovadoras de los sistemas y servicios de salud. Un 30% de la población de la Región no puede tener acceso a la atención debido a razones financieras y 21% se ve disuadido de buscar atención por barreras geográficas. Persisten problemas de exclusión y falta de acceso a servicios de calidad para amplios sectores de la población, especialmente grupos en situación vulnerable, en extremos de la vida, mujeres, niños y niñas, minorías étnicas, poblaciones indígenas y afrodescendientes, migrantes, pacientes con enfermedades crónicas o incapacitantes entre otros (OPS/OMS, 2014, págs. 6, n24).

En los países de la región los modelos de atención a menudo no responden de manera adecuada a las necesidades diferenciadas de salud de las personas y comunidades. El modelo de atención predomínate es medicalizado centrado en la atención hospitalaria. Las inversiones y reformas de los sistemas de salud no siempre se han dirigido a los nuevos desafíos, ni se ha logrado la incorporación

de nuevas tecnologías e innovación en la gestión y la prestación de los servicios (OPS, OMS, 2014, págs. 6, n26).

Subsisten profundos desequilibrios y brechas en la disponibilidad, distribución, composición, competencia y productividad de los RHS, que se acentúan en el primer nivel de atención. Once países de la Región enfrentan un déficit absoluto de personal de salud (menos de 25 médicos, enfermeras y parteras capacitadas por 10,000 habitantes). Aun en los países que han superado este umbral, muchas zonas no metropolitanas y jurisdicciones de salud están por debajo, lo que genera problemas serios para el acceso a servicios integrales de salud (OPS,OMS, 2014, págs. 7, n28), poniendo en evidencia en muchos países un periodo de inversiones insuficientes en el sector salud.

La situación es especialmente grave en los países en desarrollo, sin los necesarios RHS, es muy probable que los planes del sector sanitario vinculados al logro de los indicadores de desarrollo (OMS, 2006, pág. 23) y el alcance de la cobertura y acceso universal a los servicios de salud se vea limitada.

A partir de este nuevo siglo, después de tantas inversiones en procesos de reformas del Sector Salud, descentralización, cambios de rol del estado, emerge con mucha relevancia el tema de los recursos humanos en salud.

En el año 2004 el Consejo Directivo de la OPS a través de la resolución CD45.R9 insta a los estados miembros: a que inviertan en el desarrollo de recursos

humanos para apoyar la estrategia de atención primaria de salud y el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, como aportación decisiva para el cumplimiento de los objetivos de la declaración del milenio de las Naciones Unidas.

A que se aborden los problemas persistentes y emergentes en relación con la disponibilidad, la composición, la distribución y el desempeño de los recursos humanos de salud que constituyan obstáculos importantes al alcance del acceso universal a servicios de salud con calidad y equidad.

A ejercer el liderazgo eficaz mediante el establecimiento de un programa nacional para el desarrollo de recursos humanos; explorar maneras de abordar mejor los aspectos complejos de la contratación activa de profesionales de la salud de los países en desarrollo dentro de un marco de emigración ordenada; así como posicionar el observatorio de recursos humanos como una estrategia apropiada para definir prioridades y formular políticas sostenibles (OPS, OMS, 2004).

En octubre de 2005 en la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos realizada en Toronto Canadá; promovida por la OPS/OMS, en conjunto con el Ministerio de Salud de Canadá y el Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario, se establece el Llamado a la Acción de Toronto que busca movilizar a los actores nacionales e internacionales, del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud y al acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de

las Américas. El documento promueve el esfuerzo conjunto para una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas (2006 a 2015) (OPS, Ministerio de Salud de Canadá; Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario., 2005, pág. 1).

En el Llamado a la Acción de Toronto se identificaron los siguientes temas que debían ser adecuadamente abordados en la formulación de las intervenciones y planes de recursos humanos:

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

Los planes y políticas se orientan a promover la equidad en salud y el acceso universal a la salud, al mismo tiempo que apoyan el desarrollo integrado de sistemas de salud basados en la atención primaria y los equipos multidisciplinarios (OPS, Ministerio de Salud de Canadá; Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario., 2005).

El Llamado de la Acción de Toronto identifica cinco desafíos críticos para el desarrollo de los recursos humanos, que la región deberá trabajar en la década señalada y son:

1. Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar mejor la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
2. Ubicar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.
3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
4. Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.
5. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de

salud de la población (OPS, Ministerio de Salud de Canadá; Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario., 2005, págs. 2-3).

Para superar esos grandes desafíos y problemas del desarrollo de los recursos humanos para la salud el Llamado a la Acción planteó realizar un esfuerzo permanente y planificado sugiriendo la puesta en marcha de líneas de acción a nivel de los países, a nivel subregional y a nivel regional, debiendo ser objeto de la cooperación internacional hacia y entre países.

De forma general a lo largo de la década (2006-2015) se buscaba a nivel de países fortalecer la institucionalidad para el desarrollo de los recursos humanos en salud, defender y promover la importancia de los trabajadores de salud, mejorar la capacidad técnica para la gestión y formación de recursos humanos y ampliación de la base de información y evidencias en recursos humanos.

En relación al financiamiento para el desarrollo del personal de salud el documento del Llamado a la Acción de Toronto propone:

- Abogar para que el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud se vea como una inversión social indispensable.
- Argumentar y negociar con los ministerios de economía y finanzas para la ampliación del espacio fiscal dedicado a servicios de salud.

- El alineamiento, armonización y coordinación de la cooperación internacional para incrementar el financiamiento, en base a prioridades nacionales.

En los ámbitos subregionales se buscará establecer acuerdos/abogacía en las instancias político técnicas de integración (Reunión Sector Salud de Centro América y Dominicana-RESSCAD, Comunidad de Naciones del Caribe-CARICOM, Mercado Común del Cono Sur-MERCOSUR, Comunidad Andina de Naciones-CAN); el intercambio de experiencias e información, el desarrollo de procesos de formación-capacitación para desarrollo de liderazgo, la articulación de escuelas de salud pública para el fortalecimiento de la práctica de la salud pública. Así como, la identificación de temas emergentes de recursos humanos para la elaboración de proyectos con diferentes modalidades de financiamiento.

A nivel internacional, la agenda representa un gran reto de acompañamiento a los países en la definición de sus planes de desarrollo, el intercambio de información entre los países, el apoyo a las redes entre los países, la creación de evidencias como soporte de políticas y promoción de diálogos sociales.

Así como, la definición de nuevos mecanismos de financiamiento y la definición de propuestas y proyectos de cooperación. Sin embargo, se plantea la preocupación con el uso e impacto del financiamiento que procede de los programas verticales y su repercusión en el desarrollo de los sistemas de salud y de los recursos humanos (OPS, Ministerio de Salud de Canadá; Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario, 2005, págs. 3-6).

En el 2006, por primera vez el día mundial de la salud es dedicado a los recursos humanos con el lema “rescatando al trabajador como el recurso más valioso que tienen los servicios de salud”. En contraposición al paradigma de los años setenta donde el recurso humano no era “un fin en sí mismo”, tres décadas más tarde se reconoció su importancia y se trata de recolocarlo en el justo lugar, en una dimensión que lo releva como un bien público, sin el cual los servicios de salud no existirían (OPS, Borrel, M., 2007, pág. 71).

El Dr. Lee Jong Wook en su mensaje como Director General de la Organización Mundial de la Salud, contenido en el informe sobre salud en el mundo año 2006, se refirió a que el factor humano es un elemento indispensable para reforzar los sistemas de salud. Pero que eso significa: invertir tiempo y dinero en la formación de los trabajadores sanitarios, la retención del personal calificado, que cada país requiere de una red de cooperación y unos objetivos comunes entre el sector público y privado que financian y dirigen centros de enseñanza, entre quienes planifican y manejan los recursos humanos de los servicios de salud y entre quienes pueden contraer compromisos financieros y apoyar las condiciones de empleo de los trabajadores sanitarios (OMS, 2006, pág. xiii).

El informe sobre la salud en el mundo del 2006, considera que toda expansión de la fuerza de trabajo sanitaria tiene repercusiones financieras inmediatas y también a largo plazo y los resultados variarán dependiendo de la edad de jubilación de los trabajadores, de sus tasas de mortalidad y de su disposición a

permanecer en el país y a ser contratados en el sector sanitario una vez concluido el periodo de formación (OMS, 2006, pág. 146).

También advierte que otras iniciativas necesarias, como mejorar los incentivos para hacer frente a la mala distribución del personal, crear nuevos puestos donde se necesiten para obtener una combinación adecuada de capacidades, e incrementar los salarios y las prestaciones para conservar a los trabajadores acarrearan costos suplementarios (OMS, 2006, pág. 23).

En el documento notas de orientación sobre políticas del Informe sobre Salud en el Mundo año 2006, acerca de financiar el desarrollo del personal sanitario sugiere que los fondos deberán proceder de iniciativas nacionales y en caso de países en vías de desarrollo de la ayuda internacional. Menciona que existen tres posibilidades para que los países movilicen estos fondos: a) asignar una mayor parte del gasto a la salud, b) mejorar la eficiencia del gasto sanitario y c) localizar otras fuentes de ingresos para la atención a la salud, advierte que en el sector público no debe considerarse a los impuestos generales como única fuente de recursos, se pueden destinar al gasto sanitario gravámenes especiales, como los aplicados al tabaco o al alcohol, otra posible fuente de ingresos mencionada son las loterías relacionadas con la salud.

Se identifican entre otras fuentes los planes de seguro, como ser la seguridad social, el seguro privado de enfermedad, el seguro de enfermedad comunitario y las cuentas de ahorro médico como posibles medios de financiación del sector

sanitario. Se incluye al sector privado entre las nuevas fuentes identificadas para la financiación debido a que los empleadores del sector privado probablemente tengan capacidad para contribuir más a los costos sanitarios, sobre todo a los asociados a necesidades de salud y seguridad (OMS, 2006, págs. 23-24).

3.2 Espacio Fiscal para el financiamiento del recurso humano en salud

En las consideraciones sobre el financiamiento del desarrollo del personal sanitario en el Informe sobre Salud en el Mundo 2006, se reconoce que la necesidad de ampliar el espacio fiscal para la salud (previendo unos márgenes presupuestarios más amplio para la salud) exige que se otorgue un tratamiento de excepción a la financiación pública de la salud y del personal sanitario.

Que es necesario al negociar salvaguardas relativas al espacio fiscal para la fuerza de trabajo, los propulsores del desarrollo sanitario entablen consultas productivas con los ministerios de finanzas, las instituciones financieras y los principales interesados internacionales.

Se reconoce también que la disponibilidad de un conjunto de datos más sólido sobre los resultados sanitarios y económicos que reportan las inversiones destinadas a la fuerza de trabajo podría facilitar esas negociaciones; así como los avances en la consecución del acceso universal a la salud pueden contribuir a lograr un tratamiento de excepción para la fuerza laboral sanitaria (OMS, 2006, pág. 148).

Sin embargo, en el Informe sobre Salud en el Mundo año 2006, se considera también que parte de la preocupación por la financiación pública de la ampliación del personal sanitario guarda relación con la capacidad de los gobiernos de pagar a los trabajadores durante todo su ciclo de vida laboral. Así como, las dificultades que entraña financiar la ampliación del personal sanitario a largo plazo no pueden segregarse del problema más general que plantea la movilización de recursos para la salud. Sugiere que nuevos compromisos y mecanismos de financiamiento podrían facilitar que los flujos de ayuda internacional sean más predecibles mismos que deberán complementarse con estrategias nacionales (OMS, 2006, pág. 25).

El aumento del financiamiento público en salud ha sido definido por la OPS/OMS como un eje transversal para avanzar hacia la salud universal, en el marco de la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud propuesta en el 53 Consejo Directivo, 66 sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas año 2014. Específicamente, la línea estratégica 3, insta a los gobiernos aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios (OPS,OMS, 2014, pág. 12).

En el documento de dicha estrategia se plantea que mientras el gasto público promedio en salud respecto al PIB de los países de la Organización de cooperación y desarrollo económicos (OCDE) llega a un 8% del PIB, en 2011, el

gasto público en salud en los países en América Latina y el Caribe respecto del PIB fue de apenas 3,8% (OPS,OMS, 2014, pág. 7) . Sin embargo, en el informe mundial sobre la salud en el mundo año 2010 (citado en la estrategia para el acceso y cobertura universal para la salud 2014), se establece que un gasto público destinado a la salud de 6% del PIB es una referencia útil en la mayoría de los casos y una condición necesaria-aunque no suficiente- para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (OPS,OMS, 2014, pág. 12).

En el informe sobre salud en el mundo año 2010, se promueve avanzar hacia mecanismos mancomunados solidarios que consideren, de acuerdo al contexto nacional, fuentes de financiamiento diversa como contribuciones de seguridad social, impuestos e ingresos fiscales como una posible estrategia efectiva para reemplazar el pago directo como mecanismo de financiamiento y aumentar la equidad y la eficiencia del sistema de salud (OMS, 2010, págs. xiii, 4) .

El grupo de trabajo de financiamiento de la Alianza Global para los recursos humanos en salud como resultado de investigaciones y en base a su experiencia sobre aspectos de financiamiento relacionados al incremento y desarrollo de los recursos humanos en salud, propone entre otros el conocimiento del espacio fiscal y la disponibilidad de mecanismos efectivos de financiamiento del empleo de la fuerza de trabajo en salud, tanto para las instancias normativas mundiales y socios de desarrollo, como para las instancias normativas a nivel país, a fin de

poder utilizar los análisis del espacio fiscal y de las brechas en materia de recursos humanos en salud como evidencias en las negociaciones de la asignación de presupuesto en el tema (OMS,GHWA, 2009).

En términos generales para Heller (2005) citado por la OPS (2015) en el documento espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la Región de las Américas, el espacio fiscal hace referencia a la disponibilidad de recursos para financiar un incremento en el gasto público sin comprometer la sustentabilidad de la posición financiera del gobierno o la estabilidad de la economía (OPS, 2015, pág. 1).

Tandon y Cashin (2010) en línea con la definición general de espacio fiscal desarrollada por Heller (2006) referida al espacio fiscal aplicado al gasto en salud establece que la creación de espacio fiscal para la salud consiste en la posibilidad de generar recursos fiscales adicionales para que el Estado entregue más bienes y servicios de salud sin comprometer la sustentabilidad de la economía (Tandon, A., & Cashin, C. World,B., 2010, pág. 11).

La Organización Panamericana de la Salud en su documento espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la región de las américas año 2015, expresa que un concepto central de la definición de espacio fiscal es la generación de nuevos recursos y que no se trata de formas de aumentar el superávit fiscal sino evaluar nuevas fuentes de las cuales obtener financiamiento.

A su vez, la generación de espacio fiscal pretende cubrir una necesidad relevante, como lo es la ampliación de la cobertura y el acceso a la salud, la necesidad de enfrentar el mayor gasto que se deriva del proceso del envejecimiento de la población, la implementación de nuevos programas de salud, la reducción del gasto de bolsillo y la mejora de la calidad de la atención, entre otros (OPS, 2015, pág. 1).

Con el reconocimiento de los recursos humanos como factor indispensable para reforzar los sistemas sanitarios, para el logro de los indicadores de desarrollo y el acceso y cobertura universal de salud con equidad y calidad en la última década, el grupo de trabajo de financiamiento de la Alianza Global para los recursos humanos en salud sugiere que los países que deseen expandir el número de RHS deben movilizar recursos y pagar los costos de: 1) el empleo de los recursos humanos en salud, incluyendo salarios, beneficios e incentivos, así como también la formación en servicios/desarrollo profesional; 2) formación de pre-servicio de los recursos humanos en salud, 3) fortalecimiento de la Gerencia de recursos humanos en salud (OMS, GHWA, 2009, pág. 2).

La Alianza Global para los recursos humanos en salud, alude a que la sostenibilidad a largo plazo del incremento de los recursos humanos requiere que los recursos domésticos sean movilizados, muchas veces reforzados por recursos externos. La disponibilidad de los recursos humanos depende del producto interno bruto de los países, la habilidad del gobierno de capturar el PIB,

la proporción de los ingresos del gobierno asignados al sector salud y la proporción del gasto de salud asignado a los RHS. Así mismo, insta a los países a crear espacio fiscal para el financiamiento del desarrollo de la fuerza laboral en salud (OMS,GHWA, 2009, pág. 3).

En el documento espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la región de las américas año 2015, la Organización Panamericana de la Salud en base a evidencia y a una serie de análisis que existe la posibilidad técnica de generar espacio fiscal, por lo que la responsabilidad recae en la voluntad política de hacerlo, así como, diversificar las fuentes de su creación para asegurar la sostenibilidad, dado que las medidas diversificadas permiten mantener las condiciones de sustentabilidad de la economía y conservación del equilibrio fiscal (OPS, 2015, pág. 2).

El espacio fiscal para la salud puede potencialmente ser generado por una variedad de fuentes por lo que la Organización Panamericana de la Salud en el documento espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la región de las américas año 2015, expone cuales son las fuentes potenciales de creación de espacio fiscal para la salud que podrían ser consideradas en las opciones de política, y las agrupa como sigue: i) creación de condiciones macroeconómicas favorables, ii) mayor priorización para la salud en el presupuesto público, iii) creación de nuevos ingresos fiscales a través de una mayor presión fiscal, iv) aumento en la eficiencia de la recaudación v) ayuda

externa con préstamo y donaciones específicas para el sector salud, vi) aumento en la eficiencia de los gastos en salud existentes (OPS, 2015, págs. 4,7)

El Informe sobre Salud en el Mundo año 2006, resalta que la disponibilidad de un conjunto de datos más sólidos sobre resultados sanitarios y económicos que reportan las inversiones destinadas a la fuerza de trabajo podrían facilitar las negociaciones del espacio fiscal (OMS, 2006, pág. 148)

3.3 Definición del gasto en recursos humanos en salud

La Ley Orgánica de Presupuesto mediante Decreto Legislativo n° 83/2004 establece en sus artículos 1 y 2, el uso de los clasificadores para todo el sector público (financiero y no financiero) (Congreso Nacional, 2004). Los clasificadores son instrumentos normativos que agrupan los ingresos y gastos de acuerdo a ciertos criterios y permiten organizar y presentar todas las operaciones desarrolladas en el sector salud, conformando un sistema ajustado a las necesidades de información del gobierno. La Secretaría de Salud utiliza sus clasificadores de gasto por objeto de gasto.

El sector público aplica en la gestión y el desarrollo de su proceso productivo el clasificador por objeto de gasto que constituye un orden sistemático y homogéneo de los bienes y servicios, las transferencias y las variaciones de activos y pasivos (Salud, 2014).

Este clasificador ha sido diseñado con un nivel de desagregación que permite que sus cuentas faciliten el registro único de las transacciones públicas con incidencia económica financiera, así como, facilita la programación de las adquisiciones de bienes y servicios, el manejo de los inventarios y otras acciones relacionadas con las modalidades de administración de los bienes del Estado.

Es un instrumento informativo sumamente útil para el análisis y seguimiento de la gestión financiera del Sector Público, y consecuentemente se distingue como clasificador analítico o primario del sistema de clasificaciones presupuestarias ya que permite ejercer control tanto interno como externo en las transacciones que realiza el sector público.

Desde el punto de vista estructural el clasificador por objeto del gasto tiene una codificación múltiple de cinco dígitos agrupados en cuatro campos diferenciados.

El primer dígito identifica los siguientes grupos principales:

100.00 Servicios Personales

200.00 Servicios no Personales

300.00 Materiales y Suministros

400.00 Bienes Capitalizables

500.00 Transferencias y Donaciones

600.00 Activos Financieros

700.00 Servicio de la Deuda Pública

900.00 Otros Gastos

Esto permite ordenar los ingresos y gastos de acuerdo a los objetos de gasto, que facilita organizar y presentar las operaciones desarrolladas en la institución, en este caso el grupo 100.00 incorpora lo que está ligado a servicios personales es decir lo que concierne al objeto de gasto vinculado a los recursos humanos en salud.

El estudio de gasto y financiamiento en salud de Honduras año 2011, define el concepto de gasto de acuerdo a la contabilidad nacional, como el valor económico de los bienes o servicios producidos o consumidos. En el caso de la producción de mercado, este valor se establece de acuerdo con los precios de las transacciones observados en el mercado. En el caso de la producción no de mercado, el valor se establece en función del costo de los recursos (mano de obra, suministros, etc.) utilizados para producir el bien o servicio (Secretaría de Salud, 2014, pág. 61).

El seguimiento del gasto público guarda relación con la pregunta de cuánta financiación se obtiene para el desarrollo de los recursos humanos y puede considerarse asimismo que refleja el compromiso del gobierno. Se entiende por gasto del gobierno general el efectuado por las autoridades gubernamentales centrales, estatales o regionales y locales, más los planes de seguridad social y

las instituciones sin fines de lucro controladas por unidades gubernamentales y financiadas principalmente por ellas.

En el sistema de cuentas nacionales también se describe cómo medir el gasto en personal en general, así como el gasto en salud, este sistema se constituye en un marco conceptual que establece la norma estadística internacional para la medición de la economía de mercado y en métodos utilizados para orientar la determinación del gasto en servicios de salud financiados por el gobierno.

En la guía del productor de cuentas nacionales de salud con aplicaciones para los países de ingresos bajos y medios (OMS, USAID, BM, 2004) se describe en el párrafo 3.22 de dicha guía que en el manual del sistema de cuentas de salud (SCS), la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) ha propuesto tres medidas del gasto en salud para su uso en comparaciones internacionales: gasto individual total en salud, gasto corriente total en salud, gasto total en salud.

3.3.1 Gasto individual total en salud:

Esta es la suma de los gastos clasificados en las categorías de HC.1 a HC.5 (HC1. servicios de atención curativa, HC.2 servicios de rehabilitación, HC.3 servicios de atención de larga duración, HC.4 servicios auxiliares de atención a la salud, HC.5 productos médicos dispensados a los pacientes) y cubre el gasto

en productos y servicios destinados a la atención de individuos específicos (por oposición a los servicios de salud colectiva y los servicios de salud pública).

3.3.2 Gasto corriente total en salud (GCTS):

Esta medida es la suma de los gastos clasificados en las categorías de HC.1 a HC.7 (HC1. servicios de atención curativa, HC.2 servicios de rehabilitación, HC.3 servicios de atención de larga duración, HC.4 servicios auxiliares de atención a la salud, HC.5 productos médicos dispensados a los pacientes, HC.6 servicios de prevención y de salud pública, HC.7 administración de la salud y de los seguros médicos). Así, incluye el gasto en atención de la salud individual, definido antes, más el gasto en servicios de salud colectiva y en la operación de los agentes de financiamiento del sistema.

3.3.3 Gasto total en salud (GTS):

Este agregado incluye el gasto corriente total en salud (GCTS) más la formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud (HC.R.1). En la misma guía del productor de cuentas nacionales en el párrafo 3.23., se expresa que además del gasto corriente total en salud (GCTS) y el gasto total en salud (GTS), el manual del sistema de cuentas de salud estimula a los países a estimar los otros elementos del gasto relacionado con la salud (categorías HC.R.2 formación de personal de la salud, HC.R.3 investigación y desarrollo de la salud, H.C.R.4 control sanitario de alimentos, higiene y agua potable, H.C.R.5 salud ambiental) y a informar sobre éstos en rúbricas al pie de los cuadros.

También en la guía del productor de cuentas nacionales debido a que algunos países por razones de formulación de políticas nacionales pueden querer estimar el gasto total en salud de forma que incluya algunas actividades relacionadas con la salud, además de la inversión de capital, tales como la educación médica, la capacitación profesional relacionada con la salud y la investigación de temas asociados con la salud, así como los programas nutricionales o ambientales relacionados con la salud, para ser visualizadas como partes integrales del sistema de salud estos podrían incluirse en las estimaciones nacionales del gasto total en salud.

Algunos estudios definen el gasto total en salud como el uso final de las unidades residentes de bienes y servicios de atención de la salud, más la formación bruta de capital de las ramas de actividad proveedoras de atención de la salud excluyendo la formación del personal y las actividades de investigación (OCDE, BID., 2002).

Sin embargo, en el estudio de cuentas nacionales del Perú, el gasto en salud es definido como el resultado del consumo de los recursos económicos destinados a la promoción, prevención y prestación del servicio de salud; la administración; la capacitación y entrenamiento de los recursos humanos en salud; la investigación aplicada en salud y la formación bruta de capital requerida para las actividades de salud. Esta definición excluye el gasto en las actividades de educación, nutrición, saneamiento y medio ambiente que efectúan instituciones

públicas de salud, y prescinde del gasto en pensiones, ya que este corresponde a retribuciones brindadas en el pasado (Ministerio de Salud Perú, CIES, 2008).

En el estudio de gasto y financiamiento en salud realizado por la Secretaria de Salud año 2011, definieron gasto en salud como todos aquellos derivados de actividades cuyo propósito primordial es el fomento, la restauración o el mantenimiento de la salud de una nación y de los individuos, que persigue los siguientes objetivos promoción de la salud y la prevención de enfermedades, servicios curativos hospitalarios y ambulatorios, provisión y administración de la salud pública, provisión y administración de programas y seguros sanitarios y otros planes de financiación, formación de capital de instituciones proveedoras de servicios de salud, investigación y desarrollo.

3.3.4 Gasto de recursos humanos en salud

El gasto de RHS es definido de forma general como el producto del número de trabajadores y sus precios. Para captar la heterogeneidad del mercado laboral sanitario se tendrá en cuenta muchos tipos de trabajadores: que prestan directamente servicios de salud (prevención, promoción, curación y rehabilitación), administradores, proveedores y otros trabajadores auxiliares que ayudan al funcionamiento del sistema sanitario. Además, pueden ser asalariados o autónomos, trabajar a tiempo completo o parcial, tener contratos de corta duración o prolongados, y uno o varios puestos de trabajo. Para captar esta diversidad, es frecuente medir el volumen de la fuerza laboral tanto en número

de efectivos (recuento de personas físicas) como en equivalentes de tiempo completo (OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D., 2009).

3.4 Indicadores del gasto de recursos humanos en salud

Diversas áreas de interés para la formulación de políticas pueden exigir un desglose específico de las estimaciones del gasto en recursos humanos en salud o análisis suplementarios que los métodos normalizados de elaboración de las cuentas nacionales o de salud no contemplan.

La Organización Mundial de la Salud, la agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo y el Banco Mundial, en un esfuerzo conjunto por medir y mejorar los resultados de la fuerza laboral sanitaria, proponen un conjunto mínimo de indicadores para el seguimiento del gasto en recursos humanos para la salud, que consiste en seis indicadores básicos referidos al monto total del gasto en personal sanitario, al monto relativo y a su distribución. El total se presenta en cifras absolutas y per cápita, especificando unas unidades monetarias de utilidad para las comparaciones (OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D., 2009, pág. 74). La propuesta de los indicadores para el seguimiento del gasto de recursos humanos para la salud es:

1. Gasto en RHS, total y per cápita (en unidades monetarias nacionales, en dólares estadounidenses y en dólares internacionales).
2. Gasto en RHS como proporción del gasto total en salud (World Health Organization,)

3. Gasto en RHS como proporción del producto interno bruto o el ingreso nacional bruto.
4. Gasto gubernamental en RHS como porcentaje del gasto del gobierno general en salud.
5. Gasto gubernamental en RHS como porcentaje del gasto renovable del gobierno general en salud.
6. Desglose del gasto en RHS por:

a. Lugar de trabajo: hospitales, centros de atención ambulatoria, oficinas de salud pública, etc.
b. Sector: público, privado con fines de lucro, privado sin fines de lucro
c. Situación en el empleo: asalariados regulares, trabajadores autónomos.
d. Función ocupacional: proveedores de servicios de salud (atención directa a los pacientes), personal administrativo y auxiliar del sistema de salud.

En el manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos en salud 2009 publicado por la OMS, sugiere que un conjunto de indicadores adicionales podría ser utilizados para fines de supervisar la equidad y la eficiencia del gasto en recursos humanos en salud, detallar el gasto en personal para determinadas áreas de servicios o programas, o identificar dónde se originan escaladas de costes. Entre una amplia gama de posibilidades, a menudo complementadas con otros tipos de datos sobre el desempeño del sistema de salud, propone:

- Gasto en RHS por nivel de capacitación y especialización de los trabajadores sanitarios, por ejemplo, médicos, enfermeros, parteros, farmacéuticos, trabajadores comunitarios de salud, conductores de ambulancia;
- Gasto en RHS por áreas de servicios o tipos de intervenciones sanitarias, como trabajadores que prestan servicios de salud mental o que asisten partos;
- Ingresos medios de los trabajadores sanitarios, como ser, ingresos por hora, semanales o mensuales por salarios, honorarios por ejercicio o beneficios empresariales.

3.5 Marco de medición del gasto en recursos humanos en salud

La estrategia de medición más completa y normalizada para el seguimiento del gasto en recursos humanos en salud se halla en los sistemas de cuentas de salud y de cuentas nacionales. Estos se basan en diversos tipos de datos, nuevos y existentes, y lo habitual es que haya que consolidarlos y armonizarlos, ya que es frecuente que existan algunas incoherencias entre las fuentes (OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D., 2009, pág. 82)

3.5.1 Cuentas de salud nacionales

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OEDC) las cuentas de salud se han diseñado para medir todos los flujos de recursos destinados a proveer atención sanitaria o una mejora considerable del estado de

salud por medios médicos, se cataloguen o no como «atención de salud» en las estadísticas nacionales (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2000).

El modelo de las cuentas de salud comprende un conjunto de normas uniformes y hace un seguimiento de todos los recursos que ingresan al sistema de salud durante un periodo, expresados en términos monetarios. Basándose en las estructuras de datos existentes, las cuentas de salud compilan y consolidan los datos para crear información nueva y ofrecer una panorámica coherente.

Las cuentas de salud descritas en la guía del productor de cuentas nacionales de salud (2004) con aplicaciones para los países de ingresos bajos y medios poseen características que son vitales para que puedan ser usadas con éxito para fines de desarrollo y evaluación de políticas:

Son cuentas integrales, que cubren la totalidad del sistema de salud y todas las entidades que actúan en éste, se benefician del mismo.

Son consistentes dado que hacen uso de definiciones, conceptos y principios que son los mismos para cada entidad y transacción medidas.

Son comparables en el tiempo y el espacio pues permiten la evaluación de cambios en el gasto en salud en el curso de los años y entre países.

Son compatibles con otros sistemas de medición de agregados económicos, de forma que el gasto en salud pueda ser examinado en un contexto económico global.

Son oportunas, ya que ofrecen información concisa y de utilidad cuando los formuladores de políticas la requieren.

Son precisas, de manera que los formuladores de políticas pueden usar con seguridad la información que contienen para la toma de decisiones fundamentadas.

Son sensibles a las preocupaciones de política, pues proporcionan información con el nivel de detalle necesario para la buena planeación macroeconómica (OMS, BM, USAID., 2005, pág. xvi).

Un sistema de análisis de las cuentas de salud consta de tres dimensiones fundamentales: la financiación, la producción y la utilización final –servicios adquiridos, servicios producidos y servicios consumidos, respectivamente–. Los datos sobre RHS deben incluirse como una categoría específica en la clasificación del «coste de los recursos», pensada para determinar el coste de los recursos que intervienen en la producción de bienes básicos de salud, dentro de la dimensión de producción.

Los cuadros sobre RHS clasifican los flujos por categorías de trabajadores sanitarios, por agentes de financiación (por ejemplo, gobierno, sector privado) o

por tipos de servicios o bienes de salud que contribuyen a producir (también llamados funciones de salud). En general, las fuentes de datos deberían vincular la información sobre los recursos humanos en salud al lugar de trabajo (hospital, centro de salud, etc.).

Pocos países recopilan y difunden datos detallados del gasto en recursos humanos en salud, como quién paga su trabajo y en qué servicios intervienen. Las cuentas de salud rara vez registran los gastos en personal sanitario que permiten medir y seguir la evolución del conjunto básico de indicadores para medir el gasto en recursos humanos en salud (OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D., 2009, pág. 82)

Instrumentos como el Sistema de Cuentas de Salud y el A system off health accounts (SHA) (OECD, Eurostat, WHO, 2011) recomiendan a los países a publicar el número de recursos humanos en salud, sin embargo, generalmente no se realiza ningún desglose de gastos con referencia a los trabajadores sanitarios**.**

El Sistema de Cuentas de Salud (SCS) es un modelo de contabilidad pública desarrollado por la OCDE destinado a cuantificar, describir y analizar los gastos en salud y su financiamiento. El SCS proporciona un conjunto de cuentas exhaustivas, coherentes y flexibles que permiten presentar, en un formato normalizado, los gastos en salud y cómo estos se financian, utilizando conceptos, definiciones, clasificaciones y normas contables unificadas, para lograr la

comparabilidad en el país y con otros países. Fue creado con un doble objetivo: proporcionar una estructura para la recolección de datos internacionales sobre gastos en salud y constituir un posible modelo para rediseñar y complementar las cuentas nacionales de salud con la finalidad de apoyar a quienes elaboraran las políticas en esta área (Secretaría de Salud, 2014, pág. 13)

La guía del productor de cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios (OMS, BM, USAID., 2005, pág. 58) propone clasificar el costo de los recursos detallando los usos que los proveedores dan a los fondos que captan y también en función de las adquisiciones de dichos recursos por parte de los agentes financieros (párrafos 5.19 y 5.20).

La OMS en el manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos en salud 2009, hace mención que en el manual de medición del gasto sanitario de la Organización Panamericana de la Salud (Pan American Health Organization, 2005) se incluye una estructura de costos que, contando con el seguimiento de los flujos de recursos en el sistema de cuentas nacionales (SCN), está creada para realizar cálculos indirectos basados en los sistemas de información sanitaria y otras fuentes de datos (nuevas y existentes (OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D., 2009).

El cuestionario de recogida de datos elaborado conjuntamente por la OCDE, Eurostat y la OMS (OECD, Eurostat, OMS, 2008) incluye los costos de recursos

humanos en salud utilizados en la provisión de atención de salud, sólo como recursos humanos por proveedor en un «cuadro pro memoria».

La OMS en el manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos en salud 2009, expone que aun cuando se tiene acceso a datos de entidades públicas, la información sobre el gasto de RHS solo se puede evidenciar como la suma del ingreso total sin desglose por tipo de trabajador; y en las revisiones que han realizado, pocos informes de cuentas de salud incluyen un cuadro de costos detallado que refleje los recursos humanos en salud, denominado por algunos contadores partida o tipo de gasto (OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D., 2009, pág. 83). Los datos se presentan generalmente clasificados por proveedores o agentes de financiación según la guía del productor de cuentas nacionales de salud (GPCNS).

En los estudios de cuentas nacionales de México año 1998 (Fundación Mexicana para la Salud, 1998) se muestra la distribución porcentual de los pagos a proveedores como servicios personales, y en el estudio de cuentas nacionales de salud del Perú periodo 1995-2005 (Ministerio de Salud Perú, CIES, 2008) se presenta más desglosada la estructura del gasto de los diferentes prestadores de servicios de salud del sistema sanitario, en la estructura valor agregado permite incorporar las remuneraciones de los asalariados y el ingreso de los trabajadores autónomos, los ejemplos se ilustran en los cuadros 1 y 2 respectivamente.

Cuadro N 1. Distribución porcentual del gasto según tipo de agente de atención de salud, México 1995

Instituciones	Tipo de gasto (%)					Total
	Servicios personales	Servicios generales	Suministros	Infraestructura	No especificado	
Seguridad Social	44.4	39.4	12.1	3.3	0.9	100
Servicios financiados con impuestos	66.8	9.5	9.3	6.1	9.3	100
Seguro médico privado	22.6	25.7	43.9	7.9		100
Servicios médicos privados	19.3	22	51.9	6.7		100

Fuente: Cuentas nacionales de salud, México, 1998

Cuadro N 2. Estructura de gasto del prestador privado lucrativo. Perú, 1995-2005

Estructura	**1995**	**2000**	**2005**
Consumo intermedio	28,1	30,3	28,8
Insumos médicos y medicamentos	4,7	5,6	5,8
Bienes no médicos y servicios	23,4	24,7	23,0
Valor agregado	65,0	61,9	64,0
Remuneraciones	16,7	12,3	13,7
Honorarios profesionales	14,0	13,7	14,0
Impuestos de producción y venta	9,2	9,3	3,4
Depreciación de equipos y venta	4,0	3,3	1,8
Excedente de explotación	8,3	9,1	16,2
Ingreso mixto	12,8	14,2	14,9
Formación bruta de capital	4,9	5,5	4,9
Medicamentos	2,0	2,4	2,4
Total	100	100	100
Total (miles de S/)	**1.032.021**	**2.202.120**	**2.895.593**

Fuente: Cuentas Nacionales del Perú, 1995-2005, Ministerio de Salud, CIES, 2008

En el manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud 2009 de la Organización Mundial de la Salud, se reconoce que los datos sobre recursos humanos en salud procedentes de las cuentas nacionales se limitan generalmente a los trabajadores que prestan servicios, por lo que probablemente infravaloran el total previsto a partir de un marco basado en las cuentas de salud; y evidencian que raramente se elaboran informes con desglose del gasto en recursos humanos (OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D., 2009, pág. 84).

Se reconoce que aun cuando algunos países hacen corresponder los datos sanitarios con la clasificación de las funciones de las administraciones públicas (CFAP) o la clasificación internacional uniforme de todas las actividades económicas (CIIU), no hay un método de clasificación del gasto en recursos humanos en salud que se utilice uniformemente en todos los países, y ni siquiera dentro de ellos (OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D., 2009, pág. 85)

Una iniciativa en curso del Fondo Monetario Internacional orientada a aplicar una clasificación normalizada de las estadísticas de las finanzas públicas aborda el desglose de los datos sanitarios y define la remuneración de los asalariados de manera similar al sistema de cuentas nacionales (SCN93), en términos de sueldos y salarios (en dinero y en especie) más contribuciones sociales (reales e imputadas) (International Monetary Fund, 2001).

La OMS (2009), en el documento de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para países de bajos y

medianos ingresos, alude a que es necesario reconocer que no se cuenta con directrices específicas para descomponer el conjunto completo de estimaciones de los costos laborales sanitarios, a través de las etapas del ciclo de vida laboral. Además, sostiene que partir de las mediciones llevadas a cabo por varios países es preciso avanzar en las siguientes áreas para llegar a una evaluación más exhaustiva del gasto en recursos humanos para la salud:

En los problemas de límites que dificultan la distinción entre los recursos humanos del sistema de salud dedicados a prestar servicios de salud y los dedicados a otras funciones y actividades.

En los problemas de integridad y cobertura de la información sobre efectivos y distribución de los recursos humanos en salud, como ser: ausencia de una base con todos los datos requeridos, ausencia de datos y desagregación de los mismos, problemas en la consistencia de las diferentes fuentes de datos de recursos humanos en salud, falta de procedimientos normalizados para clasificar a los trabajadores según ocupación y formación, diferencias entre los procedimientos de estimación de los equivalentes a tiempo completo en los diversos grupos de trabajadores sanitarios; recuentos dobles de trabajadores sanitarios (por múltiples calificaciones o puestos de trabajo), lo que genera dificultades para interpretar y comparar los resultados estadísticos entre los países y dentro de ellos (OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D., 2009, págs. 87-88).

3.6 Planificación estratégica de recursos humanos en salud

Según Mario Rovere (2006) “la posibilidad de combinar la planificación estratégica y recursos humanos en salud surgió como una necesidad institucional, pero se ha ido consolidando sobre la base de la convergencia de diferentes aportes.

La planificación estratégica de recursos humanos constituye un enriquecimiento teórico conceptual y metodológico de la reflexión y el cálculo por parte de todos aquellos sujetos que, individual o colectivamente, participan tomando decisiones trascendentes a lo largo de un extenso proceso. Tal proceso va desde el comienzo de la formación de un nuevo personal de salud, hasta la generación de condiciones que permitan el mayor o menor aprovechamiento social de su capacidad para brindar servicios directos e indirectos de salud, para participar activamente en los proyectos de cambio y en la adecuación de esos servicios, y para expandir sus propias posibilidades mediante las oportunidades sistemáticas de aprendizaje y perfeccionamiento individual y grupal (Rovere, M., OPS, 2006).

Según Lacunza, B (2007) considerar la planificación como proceso, implica primero, concebir la planificación como algo que se realiza permanentemente y segundo que supone un sistema de planificación en el que se hacen y elaboran planes y programas, no como un plan-libro, sino como un plan situacional (Lacunza B. , 2007).

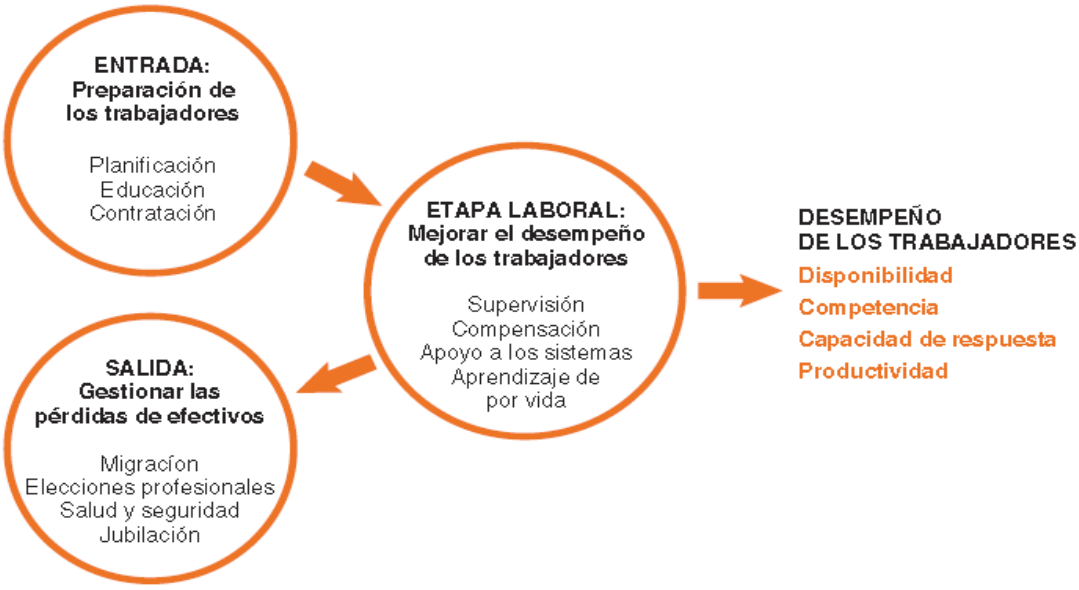
Para definir la planificación estratégica de RHS, Rovere (2006) mira el desarrollo de estos como un complejo proceso educacional de personas y grupos, que inicia desde la etapa de formación y se prolonga durante toda la vida profesional, donde los espacios en que aprenden estas personas y grupos están determinados económica, social y culturalmente. Considerando como factor de cambio fundamental en los servicios de salud, real o potencialmente a los trabajadores de todos los niveles y categorías por lo que afirma:

La planificación estratégica de RHS puede definirse o delimitarse como planificación intencionada de intervenciones que diferentes instituciones actoras o fuerzas sociales realizan sobre el proceso de desarrollo de RHS, considerando como un objeto de transformación socialmente determinado. Estas intervenciones, a su vez, son valoradas en función de su contribución, positiva o no, a mejorar la cantidad, calidad y cobertura de los servicios de salud y, en última instancia, de la salud de la población (Rovere, M., OPS, 2006, págs. 39-40).

El Informe sobre la Salud en el Mundo 2006, aborda el tema de la planificación del recurso humano en salud desde la perspectiva de ciclo de vida laboral, cuyo enfoque se centra en la definición de políticas y estrategias a partir de la dinámica del personal sanitario en cada una de las etapas del ciclo: la entrada (o reentrada) de las personas en la fuerza laboral, el periodo de sus vida en el que forman parte de ella y el momento en el que la abandonan, como se propone en la figura 1, donde se presenta el seguimiento de la dinámica del mercado laboral sanitario y

las estrategias de cada etapa desde una perspectiva a la vez individual (del trabajador) y sistémica.

Figura 1. La dinámica del personal sanitario desde la perspectiva del ciclo de vida laboral.



Fuente: Informe Mundial de la Salud 2006, Organización Mundial de la Salud

Desde el punto de vista de las políticas y de la gestión, el marco se centra en modular el papel desempeñado por los mercados de trabajo y por la intervención estatal en coyunturas decisorias clave:

Entrada: preparación del personal mediante inversiones estratégicas en formación y prácticas de contrataciones eficaces y ética**s;**

Etapa laboral: mejora de la disponibilidad, la accesibilidad y el desempeño de los trabajadores mediante una mejor gestión de éstos tanto en el sector público como en el privado;

Salida: gestión de la migración y de la reducción natural de efectivos para limitar las pérdidas de recursos humanos (OMS, 2006, págs. xix-xx).

Lo anterior exige planificar, gestionar y presupuestar activamente a cada una de las etapas del ciclo de vida laboral del personal sanitario.

El seguimiento y la evaluación a los planes de recursos humanos en salud planteado por la OMS se orienta en el ciclo de vida laboral, centrando su perspectiva en supervisar y evaluar cada una de las etapas del ciclo (OMS, Dal Poz, M., Gupta, N., Quain, E., Soucat, A., 2009, págs. 9-10).

Se reconoce la importancia de estimar las brechas actuales y futuras de los recursos humanos en salud para dar respuesta al conjunto del sistema, según el modelo de salud, la distribución de redes y su capacidad instalada, tanto infraestructura como tecnología, el perfil demográfico y epidemiológico.

Así mismo, la definición de políticas y estrategias para la gestión del ciclo de vida laboral del personal sanitario, optimizando los sistemas de reclutamiento y selección, la carrea sanitaria y los sistemas de incentivos y retribuciones. En ese contexto la planificación es vista no como un instrumento técnico neutro y aislado, sino un proceso político y técnico al servicio de la política pública en este caso

de los recursos humanos (Brito, P., Barría, M., Mercer, H., Navarro, P., Martínez, J., Davini, C., 2011, pág. 8).

En el 2005 surge el llamado a la Acción de Toronto como un marco de referencia útil para la formulación e implementación de los planes de recursos humanos en salud a nivel de país, subregional y regional en las Américas, para superar los desafíos y problemas del desarrollo de los recursos humanos. Este esfuerzo permanente y planificado, desplegando una plataforma amplia de acción buscaba una mayor participación de actores y la generación de consensos para la implementación de acciones a lo largo de la década 2006-2015, movilización de recursos para el desarrollo sostenible de los sistemas de salud y de sus recursos humanos, la gestión evaluación y monitoreo del progreso y los logros de los planes nacionales en la región (OPS, Ministerio de Salud de Canadá; Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario., 2005).

La OMS en el Informe sobre la Salud en el Mundo año 2006, sugiere mejorar la planificación de la fuerza de trabajo para la expansión acelerada de los recursos humanos para la salud, que requiere tres elementos indispensables: liderazgo político, financiación suficiente y un plan global.

Se afirma que para poder introducir las reformas oportunas, tanto dirigentes políticos como los donantes y los gobiernos deben considerar la fuerza de trabajo como una inversión y no como un gasto que haya de reducir al mínimo. También considera que además de un sólido liderazgo, se requiere el compromiso de

destinar los fondos necesarios; recomienda que al momento de asignar esos fondos se debe tener en cuenta no solo los gastos de los dispensadores de los servicios de salud, sino también los del personal administrativo y auxiliar que presta servicios esenciales a los trabajadores sanitarios de primera línea.

El tercer requisito es contar con una estrategia inteligente para aumentar la fuerza de trabajo en la que se prevean objetivos a corto y largo plazo; la estrategia ha de estar basada en las necesidades de recursos humanos definidas para programas prioritarios y debe servir para movilizar a las instituciones que participan tanto en la producción como en la gestión de la fuerza laboral (OMS, 2006, pág. 22).

En septiembre del 2007, la 27, Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la resolución CSP27.R7, Metas regionales en materia de recursos para la salud 2007-20015, cuyo objeto era brindar apoyo a la formulación de planes de acción nacionales en materia de recursos humanos para la salud encaminados a fortalecer la atención primaria de salud y contribuir al logro del acceso y cobertura universal en salud. Además, insta a los países a considerar la elaboración de esos planes con metas y objetivos específicos, un conjunto apropiado de indicadores y un sistema de seguimiento (OPS, OMS., 2007).

En el informe final CD54/INF/1 sobre metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 presentado en el 54 Consejo Directivo, 67 sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas año 2015, dio cuenta

del estado de avance de las metas regionales a ese año. El contenido del informe describe que para cada meta se definió un conjunto de indicadores que fueron aplicados en la medición, lo que explica que muchas metas tengan un cumplimiento parcial (OPS, CD54/INF/1, 2015).

Aun tomando en cuenta los esfuerzos regionales de estandarización de las mediciones, su interés y validez principales se encuentran primordialmente en cada país, como herramienta de monitoreo del progreso. Se reconoce también que la metodología utilizada en la medición no tiene por finalidad la comparación entre países, debido a que, entre otros factores, los indicadores no son aplicables a todas las realidades (OPS, CD54/INF/1, 2015, pág. 2).

Este ejercicio de medición contribuyo al proceso de evaluación y monitoreo, a la búsqueda de la mejor información y evidencia entre un conjunto de actores de diversos sectores y organizaciones, poniendo de manifiesto la necesidad de desarrollar métricas más sólidas en materia de recursos humanos, estandarizar definiciones y conceptos, fortalecer las fuentes de información y la calidad de los datos, así como las tecnologías de análisis y evaluación de los resultados en materia de RHS.

La OMS en el Informe sobre la Salud en el Mundo año 2006, sugiere mejorar la planificación de la fuerza de trabajo para la expansión acelerada de los recursos humanos para la salud, que requiere tres elementos indispensables: liderazgo político, financiación suficiente y un plan global. Se afirma que, para poder

introducir las reformas oportunas, tanto dirigentes políticos, como los donantes y los gobiernos deben considerar la fuerza de trabajo como una inversión y no como un gasto que haya de reducir al mínimo (OMS, 2006, pág. 22).

En el informe final sobre metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015, se sugiere a los estados miembros: considerar la adopción de una nueva agenda regional de recursos humanos para la salud, en el marco de la estrategia mundial de recursos humanos para la salud que la OMS estaba preparando para presentar en el 2016.

Así como, retomar los desafíos sobre recursos humanos para el acceso y cobertura universal de salud abordados en Buenos Aires, durante la reunión regional de recursos humanos para la salud de septiembre de 2015, y avanzar en un conjunto de temas prioritarios enfocados a fortalecer la capacidad de rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de recursos humanos, garantizar la equidad en la dotación y distribución de los recursos humanos para la salud y reorientar la formación de los profesionales de la salud hacia la atención primaria de salud. Así como, también la inversión necesaria para la implementación de esos planes.

En el año 2016 se adopta la estrategia de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030, y algunos de sus retos derivan de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible vinculado al ODS 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” y a la meta 3.8 “lograr la cobertura

sanitaria universal…" como punto de encuentro de todas las metas sanitarias y la meta 3. C "aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, la capacitación del personal sanitario, especialmente en los países menos adelantados" esto viene a constituir la base de la estrategia mundial de recursos humanos para la salud (OMS, A69/38, 2016).

Dicha estrategia promueve alinear la inversión en recursos humanos para la salud con las necesidades presentes y futuras de la población y de los sistemas de salud, teniendo en cuenta la dinámica del mercado laboral y las políticas educativas; hacer frente a la escasez de personal y mejorar la distribución de los profesionales sanitarios a fin de mejorar al máximo los resultados sanitarios, la previsión social, la creación de empleo y el crecimiento económico.

Según Lacunza (2007) aunque el estado no es el único planificador, posee el mandato y legitimidad democrática para hacerlo, siendo el promotor y garante de las políticas públicas que hacen viable e instrumentan un proyecto político con fuerte impacto en la población. Y considera que desde el punto de vista de una agenda política y social, la relevancia de la planificación de los recursos humanos es crucial (Lacunza B. , 2007).

3.6.1 El recurso humano en salud desde la perspectiva de la planificación estratégica nacional.

En Honduras para impulsar el proceso de planeación del desarrollo económico, social y político establecido en el artículo constitucional 329, se aprueba en diciembre de 2009 el decreto legislativo número 286-2009 de la ley para el establecimiento de una Visión de País 2010-2038 y la adopción de un Plan de Nación 2010-2020. Esta ley representa el inicio de una orientación hacia la planificación estratégica institucional.

La Visión de País es la imagen objetivo de las características sociales, políticas y económicas que deberán alcanzarse mediante la ejecución de los sucesivos planes de nación y planes de gobierno consistentes entre sí, que describa las aspiraciones sociales en cada área y que se establezca para cada ciclo de 28 años.

El plan de nación cubre una primera fase de la visión de país (2010-2022) y se conforma de lineamientos estratégicos, objetivos e indicadores que marcarán las progresivas responsabilidades de los próximos tres gobiernos en torno a la visión de país, que contiene los objetivos de la gestión del desarrollo social y económico del país, con un horizonte temporal de 28 años (Congreso Nacional, 2009).

También existe otro instrumento que es el plan de gobierno con vigencia de 4 años, que deberá reflejar el esfuerzo de cada administración para alcanzar las

metas de corto plazo y su contribución a la obtención de las metas de largo plazo. Es así que el proceso de planificación del desarrollo consta de estos tres elementos complementarios y armónicos entre sí de donde emanan las directrices para la planificación de los diferentes gabinetes sectoriales y los subsectores.

La visión de país, establece cuatro objetivos nacionales y 22 metas de prioridad nacional; la salud se vincula al cuarto objetivo “una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social” y a la meta 1.4 “alcanzar 95% de cobertura de salud en todos los niveles del sistema”.

El plan de nación 2010-2022 contiene once lineamientos estratégicos para el desarrollo sostenible de la población y señala entre sus principios orientadores, la planeación estratégica, en la cual el gobierno basará su accionar con eficiencia y en apego a los principios de liderazgo y apropiación ciudadana, gestión basada en resultados y responsabilidad compartida con el resto de los poderes del estado. El lineamiento estratégico 5 contenido en el plan de nación “salud como fundamento para la mejora de las condiciones de vida” es competencia de la autoridad sanitaria del sector salud.

Además la ley de visión de país y plan de nación dispone la formulación de planes de gobierno para periodos de cuatro años, que incluyen estrategias orientadas al logro de avances en el proceso de cumplimiento de los objetivos y metas de la visión de país y de los indicadores del plan de nación. El plan estratégico de

gobierno en lo que respecta a salud se articula con el cuarto objetivo de la visión de país y el quinto lineamiento del plan de nación a través del quinto resultado global establecido en el plan estratégico de gobierno “cobertura universal de los servicios de salud alcanzada de manera gradual”.

En el plan estratégico de gobierno (Secretaría de Estado de Coordinación de Gobierno, 2016, pág. 49) se establece que este resultado tiene como fundamento la cobertura universal de salud e implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

Se reconoce en el plan de gobierno que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requiere la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial.

En el contexto de la planificación estratégica nacional antes mencionada surge el Plan Nacional de Salud 2010-2014, reconociendo dentro de los antecedentes que “el desarrollo del talento humano continúa siendo una tarea pendiente que dificulta la planificación cuantitativa y cualitativa de dichos recursos para las necesidades presentes y futuras del país. La carencia de políticas y estrategias

integrales e innovadoras para la gestión y administración del talento humano es crítica, también para la implementación y desarrollo de los procesos de reforma del sistema" (Salud, 2010, pág. 18).

En el marco de la Visión de País y Plan de Nación se elabora el Plan Nacional de Salud vigente 2014-2018 y el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 de la Secretaría de Salud.

El Plan Nacional de Salud tiene como objetivo el establecimiento de un sistema nacional de salud, plural e integrado y debidamente regulado, que centra su razón de ser en la mejora equitativa del estado de salud de los individuos, las familias, la comunidad en su entorno, logrando de manera gradual y progresiva la cobertura universal de los servicios de salud, con un modelo de gestión descentralizado que garantice la atención integral y que sea sostenible y financieramente solidario en las respuestas a las necesidades y demandas legítimas de la población (Salud, 2014, pág. 13).

En este plan la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud reconoce que se debe enfrentar y disminuir la deuda social que en el campo de la salud se viene acumulando, reducir las desigualdades e inequidades en el acceso de diferentes segmentos de la población a los servicios de salud y situarse en condiciones de afrontar los nuevos problemas de salud con un abordaje integral e integrado, que demanda la gestión y la formación de los recursos humanos con el perfil necesario para desempeñarse en los actuales escenarios (Salud, 2014, pág. vii).

En el componente estratégico 2, regulación del sistema nacional de salud de este plan, se contempla la línea de acción “desarrollo de los recursos humanos en salud”, orientada a fortalecer la planificación, la gestión y el desarrollo del talento humano en salud que responda a las necesidades del modelo nacional de salud (Salud, Plan Estrategico Institucional, 2014-2018, 2014, pág. 19).

El plan estratégico institucional 2014-2018 de la Secretaría de Salud basado en la situación de salud, en el Plan Nacional de Salud, en el Plan de Gobierno Sectorial y en el Plan de Nación y Visión de País, establece sus objetivos estratégicos y resultados de gestión categorizados de acuerdo a las funciones sustantivas de rectoría y provisión así: tres orientados a la rectoría de la salud y seis a la provisión de los servicios de salud (Salud., 2014).

Dentro del plan se han priorizado dos grupos, mujeres en condición de embarazo y el menor de cinco años, se han priorizado también las enfermedades vectoriales (malaria y dengue), las enfermedades infecciosas (tuberculosis, y VIH/Sida) y las enfermedades crónicas no transmisibles. Además, se encuentran dentro de las prioridades del plan, implementar intervenciones para mitigar el riesgo de enfermar y morir de la población general.

Las estrategias incluidas en el plan estratégico institucional 2014-2018 son: la ampliación de cobertura y aseguramiento, la restructuración organizativa, la calidad de los servicios de salud, la atención primaria en salud, descentralización

de la gestión, gestión basada en resultados, focalización y priorización y la perspectiva de la equidad de género.

Es importante mencionar que desde el año 2005 en el Plan Nacional de Salud 2021, se reconoce dentro de las determinantes de la salud, que el desarrollo de los recursos humanos en salud constituye una piedra angular para la reforma del sector, y que existe la carencia de políticas y estrategias integrales e innovadoras para la gestión y administración de los recursos humanos, que incluyan entre otros aspectos, la regulación, la promoción, la incentivación y la educación continua en salud. Así mismo, reconoce que la falta de planificación de los recursos humanos limita el desarrollo de los mismos.

El Plan Nacional de Salud 2021, dentro de las prioridades y metas de la reforma del sector contempla: definir políticas para la planificación, gestión y administración de los recursos humanos; fortaleciendo las relaciones laborales, la educación continuada y los procesos de reorganización interna, de forma que los trabajadores de salud adquieran el protagonismo que les corresponde en el marco del modelo de atención propuesto. Asimismo, introducir mecanismos de incentivación y de motivación con base en la evaluación del desempeño, y articular procedimientos que adapten la oferta y el perfil de profesionales a la demanda y necesidades de la población (Salud, 2005, págs. 70-71).

Además establece en las propuestas estratégicas y metas de esta prioridad desarrollar un plan nacional de formación de desarrollo del recurso humano en

salud, de forma coordinada entre las instituciones formadoras y proveedoras, que responda a las políticas y necesidades del nuevo modelo en salud año 2010, cuya meta era un avance de 100% a partir del 2010 hasta el 2021 (Salud, 2005, págs. 72-73).

Sin embargo, para Lacunza (2007), los desajustes en materia de recursos humanos del sector salud demandan adecuada planificación, considerando que desde el punto de vista de una agenda política y social, la relevancia de este tema es vital en el campo sanitario, y que planificar los recursos humanos que la función pública demanda de acuerdo a las necesidades sociales, es condición sine qua non para cualquier Estado que aspira a intervenir previendo problemas potenciales, optimizando los recursos disponibles, y ante todo mejorando la calidad de vida de la población (Lacunza B. , 2007, pág. 7).

Las políticas de recursos humanos y la planificación de su aplicación en todo el ciclo de vida laboral, sobre todo en los casos en que el sistema sanitario necesita una expansión sustancial, requieren también la disponibilidad de un conjunto de datos solidos sobre los resultados sanitarios y económicos, que permitan proyectar el financiamiento necesario para responder a la demanda del recurso humano, para el alcance de la cobertura y acceso universal a los servicios de salud de la población.

Al entrar en vigencia la Ley Marco de Protección Social publicada en la gaceta número 33,771 del año 2015, establece en su artículo 50 que todas las

instituciones del Estado que desarrollen programaciones sociales deben adecuar sus planes y acciones a los objetivos y lineamientos de esta ley. Además manifiesta que la implementación de dicha ley, en relación al Sistema Nacional de Salud, debe ser de aplicación gradual y progresiva, garantizando el fortalecimiento de la red pública de servicios de salud, a través de la asignación e inversión presupuestaria suficiente que permita la transición hacia un sistema unificado y universal de aseguramiento en salud.

Por lo anterior en la Ley Marco de Protección Social se instruye a la Secretaría de Estado en los Despachos de Salud, elaborar el Plan Nacional de Salud para su aprobación en el Consejo de Secretarios de Estado, este plan deberá basarse en los seis componentes establecidos en el artículo 17 de la ley; en relación a los recursos humanos en salud, el componente 2 establece que la dotación del personal sanitario profesional deberá ser adecuada en cantidad, calidad y pertinencia. Y el componente 3 envía a la creación de un programa nacional de formación, capacitación y actualización del recurso humano en salud. Así mismo, las leyes complementarias a esta ley (Congreso Nacional, 2015) específicamente la ley del Sistema Nacional de Salud que incorpora un capitulo relacionado al desarrollo del recurso humano en salud actualmente en borrador.

3.4 Planificación presupuestación en la Secretaría de Salud

El proceso de planificación presupuestación está vinculado a los objetivos, metas, indicadores y lineamientos contenidos en la Visión de País y Plan de

Nación, que a su vez se articula al Plan de Gobierno y a los resultados del Plan Sectorial desde donde se desprenden los resultados finales, productos finales y productos intermedios del Plan Estratégico Institucional que se ejecuta con el Plan Operativo Anual-Presupuesto (POA-P), ver anexo1.

En el marco de la Ley Orgánica de Presupuesto, el Plan Operativo Anual-Presupuesto, constituye un compromiso de gestión a partir del cual se hará la petición y rendición de cuenta y se evaluarán los resultados. El modelo utilizado es “Gestión por Resultados”, es decir la administración de recursos públicos centrada en el cumplimiento de acciones específicas, por lo que los recursos a utilizar (financieros, humanos y materiales) deben estar vinculados a la prestación de servicios que procuren obtener los objetivos o resultados deseados.

El plan operativo anual es la expresión para un ejercicio fiscal determinado de la planificación estratégica, el presupuesto anual por su parte, es la expresión del plan operativo anual en términos de ingresos, gastos y financiamiento bajo una metodología presupuestaria que facilite el análisis, la discusión, la aprobación y el conocimiento público de la gestión financiera de las entidades del Estado y donde la Secretaria de Salud a nivel de todas sus unidades ejecutoras tiene la responsabilidad de cumplir, ajustando su programación con el techo presupuestario aprobado y en los tiempos y momentos definidos para el logro de los objetivos, metas e indicadores propuestos para el periodo fiscal.

En función de lo anterior ambos planes, el estratégico y el operativo, guían y orientan el proceso de desarrollo gerencial de los niveles administrativos de la Secretaría de Salud, e incluye los mandatos constitucionales y los de la reforma de salud. Es así, que la propuesta para la estructura presupuestaria de la Secretaría de Salud considera su rol institucional dentro del Sector Salud planteando la separación de las funciones de rectoría y provisión de servicios.

La Secretaría de Salud deberá presentar un presupuesto bajo techo (con priorización de necesidades) basado en el presupuesto aprobado del año anterior, considerando las modificaciones presupuestarias solicitadas en el año anterior (presupuesto vigente), más un presupuesto adicional (necesidades conforme a la realidad), para hacer un presupuesto total solicitado para el año siguiente, adjuntando las justificaciones y documentación soporte necesaria, debiendo sobresalir las prioridades para las acciones programadas tanto en el primer nivel como en el segundo nivel de atención.

La programación presupuestaria se desarrolla utilizando los instrumentos elaborados por la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión para la programación de metas físicas y metas financieras estas últimas en coordinación de la Gerencia Administrativa.

En la actualidad con la institución del Gabinete Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS) donde se encuentra incluida la Secretaría de Salud en el Subsector Salud, este aprueba la Planificación Estratégica y Operativa Sectorial

y recomienda a la Secretaría de Finanzas (SEFIN) la asignación de techos presupuestarios, analiza y propone las modificaciones del presupuesto conforme lo establecido en la Ley Orgánica de Presupuesto; contribuye en la aprobación del ante proyecto de presupuesto en conjunto con la Secretaría de Finanzas, para que esta última pueda remitirlo al Congreso Nacional.

La Secretaría de Salud parte de una racionalidad técnica que se ajusta a un techo presupuestario en base a lo histórico y que a través de las prioridades establecidas en su planificación estratégica enmarcada en dos funciones sustantivas Rectoría y Provisión de Servicios, racionaliza el presupuesto en función de grupos priorizados, enfermedades priorizadas para su abordaje y atención, y la morbilidad general por curso de vida, es así que el presupuesto se orienta hacia los productos que se requieren para alcanzar los resultados y objetivos contemplados en el plan estratégico institucional.

Trimestralmente la Secretaría de Salud rinde cuentas a la Secretaría de Finanzas en base a lo programado y ejecutado tanto de metas físicas como financieras. Sin embargo, la influencia de la Secretaría de Salud ante finanzas en relación al presupuesto es reducida, ya que el presupuesto asignado es en base a un techo establecido históricamente.

Monrroy (2013) ha evidenciado que tradicionalmente, el proceso de presupuestación se ha efectuado sobre bases históricas, a partir más de la consolidación del gasto realizado en años anteriores y disponibilidades

presupuestarias del gobierno, que en las necesidades de financiación para desarrollar determinada actividad teniendo en cuenta las necesidades de salud de la población. Tal vez, ello se haya producido en gran medida por la coexistencia de una integración de funciones en los distintos niveles del sistema, y una escasa capacidad y tradición de gestión de los proveedores públicos y también, debido al débil desarrollo de sistemas de información que ofrezcan datos fiables y oportunos sobre los cuales tomar decisiones (Monrroy, 2013).

Para Monrroy (2013) la inercia condujo nuevamente a la adopción de presupuestos históricos con pequeños cambios, al no existir un esfuerzo deliberado destinado a revertir esa situación.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Este estudio se basa en el análisis documental como técnica a partir de fuentes secundarias, tomando una serie de datos de las cuentas nacionales de salud de la Secretaría de Salud de Honduras de los bienes y servicios de salud y actividades vinculadas a ellos, así como, los recursos utilizados para producirlos comprendidos del periodo 2009 al 20014, proporcionados por la Secretaria de Finanzas de Honduras.

La unidad de análisis: evolución del gasto de recursos humanos en salud de la Secretaría de Salud.

Los gastos en recursos humanos en salud en las cuentas nacionales de salud de la Secretaría de Salud están catalogados en el grupo de gastos 10000, como servicios personales que incluyen tanto a los recursos humanos permanentes y por contrato, en este grupo de gasto se consideran:

Servicios personales fijos por grupo de gasto

Código	Descripción
11100	Sueldos básicos
11400	Adicionales
11510	Décimo tercer mes
11520	Décimo cuarto mes

Código	Descripción
11600	Complementos
11710	Contribuciones a INJUPEMP
11750	Contribuciones para Seguro Social
14100	Horas extraordinarias
14200	Gastos de representación en el exterior
14300	Gastos de representación en el país
16000	Beneficios y compensaciones

Fuente: Gerencia Administrativa, SESAL, 2015

Servicios personales variables por grupo de gasto

Código	Descripción
12100	Sueldos básicos
12200	Jornales
12300	Adicionales
12410	Décimo tercer mes
12420	Décimo cuarto mes
12910	Contratos especiales

Fuente: Gerencia Administrativa, SESAL, 2015

Procedimientos: en el proceso de recolección de datos para el cálculo del gasto de recursos humanos en salud se identificaron las fuentes que son secundarias, base de datos de cuentas nacionales del gobierno y de salud de la Secretaría de Salud y son la base de datos del sistema de información administrativa y financiera (SIAFI) y del sistema de información administrativa de recursos

humanos (SIARH) dependiente de la Dirección General de Servicio Civil módulo del SIAFI, ambas contienen datos de recursos humanos que están agrupados de acuerdo a los clasificadores por grupo u objeto de gasto, así como por fuente de financiamiento, desagregando el presupuesto en aprobado, vigente y devengado.

Además, se identificaron datos contenidos en el estudio de gasto y financiamiento en salud en Honduras (2011), así como, del diagnóstico de recursos humanos de la Secretaría de Salud, período 2008-2012.

Los datos de las bases se obtienen en cuadros de salida ya normalizados que tienen como propósito ordenar los datos que se han obtenido aplicando los clasificadores, para facilitar el proceso de estimación de los indicadores a medir acerca del gasto de recurso humano en salud. Estos cuadros de salida son compatibles con los cuadros básicos que propone la guía del productor de cuentas nacionales en salud con aplicaciones especiales para países de ingresos bajos y medios y el sistema de cuentas en salud (SCS). Para recolectar los datos se obtuvieron los cuadros de salida tanto de la base del SIAFI y del SIARH por grupo de gasto, fuente de financiamiento y año del periodo comprendido entre el 2009 al 2014.

Para obtener los datos de la composición del gasto en recursos humanos de la Secretaría de Salud por tipo de puesto, se hizo revisión documental del diagnóstico de recurso humanos de esa institución del periodo 2008-2012 (Unión Europea, ACE International Consultants S.L., 2013). Y del estudio de gasto y

financiamiento en salud año 2011, se obtuvo información complementaria sobre el gasto de recursos humanos de la Secretaría de Salud.

Operacionalización de variables

Variables	**Definición**
Gasto de recursos humanos para la salud.	Es el producto del número de trabajadores y sus precios
Indicadores	
• Gasto total en recursos humanos para la salud. • Gasto total en recursos humanos para la salud en comparación con el gasto total en salud de la Secretaría de Salud. • Gasto en recursos humanos para la salud como proporción del gasto total en salud de la Secretaría de Salud. • Variaciones interanuales del gasto total de recursos humanos para la salud en comparación del gasto total en salud de la Secretaría de Salud. • Gasto total de recursos humanos de la Secretaría de Salud como proporción del producto interno bruto del país. • Gasto fijo y variable en recursos humanos para la salud como proporción del gasto total en recursos humanos de la Secretaría de Salud. • Variaciones interanuales del gasto fijo y variable en recursos humanos de la Secretaría de Salud.	

Variables	Definición
Gasto de recursos humanos para la salud.	Es el producto del número de trabajadores y sus precios
Indicadores	
• Composición del gasto en recursos humanos para la salud por tipo de recurso	

Operacionalización de variables

Variables	Definición
Gasto total en salud	Son todos aquellos derivados de actividades cuyo propósito primordial es el fomento, la restauración, o el mantenimiento de la salud de la nación y de los individuos que persigue los siguientes objetivos: promoción de la salud y la prevención de enfermedades, servicios curativos hospitalarios y ambulatorios, provisión y administración de la salud pública, provisión y administración de programas y seguros sanitarios y otros planes de, financiación, formación de capital de instituciones proveedoras de servicios de salud, investigación y desarrollo formación de capital de

Variables	Definición
	instituciones proveedoras de servicios de salud, investigación y desarrollo

Variables	Definición
Producto Interno Bruto	Concepto de macroeconomía, y es la suma monetaria de los bienes y servicios que se producen dentro del territorio nacional.

4.2. Análisis e interpretación de los datos

Los datos se obtuvieron de las bases de datos a partir de los cuadros de salida que genera tanto la base del sistema de información y administración financiera (SIAFI) y el sistema de información administrativa de recursos humanos (SIARH) que corresponden a la Secretaría de Salud, se introdujeron a una página de excel para realizar el cálculo de los indicadores del gasto en recurso humanos a partir del presupuesto devengado que es el registro de un egreso o un gasto en el periodo contable a que se refiere, aun cuando el desembolso o el cobro puedan ser hechos, todo o en parte en el periodo anterior o posterior.

El procesamiento de los datos se realizó en una hoja de excel para obtener la frecuencia de las variables por año en el periodo del estudio. Además, se realizó un análisis univariado y bivariado, se calcularon las variaciones interanuales

entre el gasto fijo y variable en recursos humanos. Los comparativos realizados fueron entre el gasto total de recursos humanos para la salud y el gasto total de la Secretaría de Salud, así como entre el gasto total de recursos humanos en salud de la Secretaría de Salud y el producto interno bruto del país. Para el análisis de la composición del gasto de recursos humanos para la salud por tipo de recurso, se obtuvo el dato del diagnóstico de recursos humanos de la Secretaría de Salud que corresponde al año 2012.

El nivel de desglose de los datos presentados es por la carencia de una base de datos para medir todas las aristas del GRHS de la SESAL como del Sector Salud.

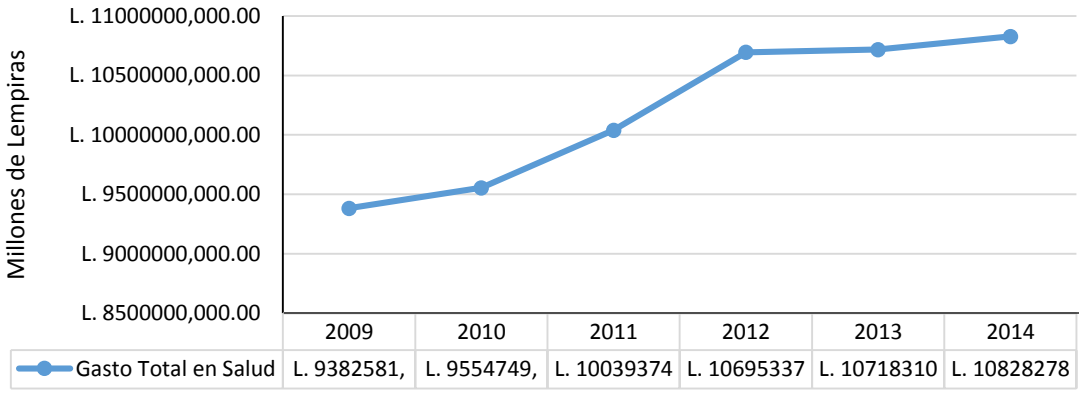
V. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos específicos del estudio, ilustrado a través de gráficos y una tabla

5.1. Evolución del gasto en recursos humanos de la Secretaría de Salud en comparación con el gasto total en salud de la institución.

En el grafico 1, se observa que hubo una variación porcentual de 14.68 del total de gasto público en salud de la SESAL entre el año 2009 al 2014, con un promedio anual de 2.94% que representa 289, 139,422.12 millones de lempiras al año; con una varianza del 5.95%. Sin embargo, se aprecia que la tendencia al crecimiento del gasto total en salud de la SESAL tuvo su mayor incremento durante el periodo 2009 – 2012.

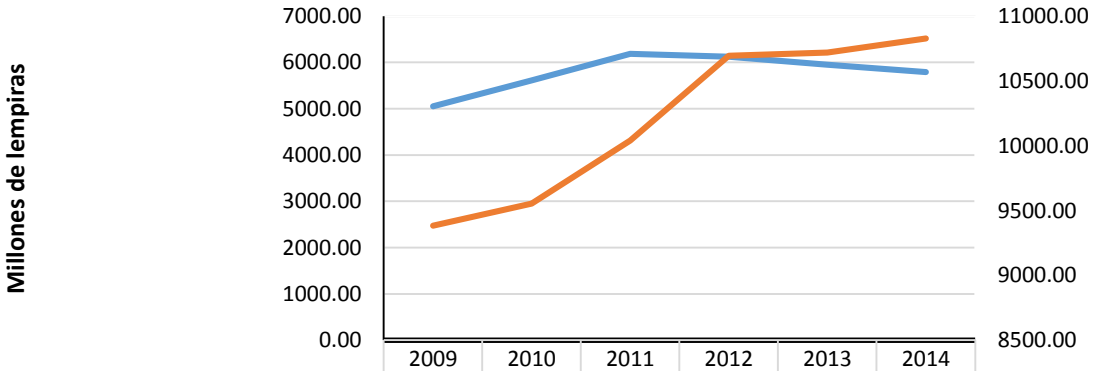
Gráfico 1. Gasto total en salud de la Secretaría de Salud, Honduras, período 2009-2014



Fuente**:** elaborado a partir de datos de ejecución del presupuesto de egresos por fuente de financiamiento de la Secretaría de Salud y del Gobierno. Gestión 2009-2014. SEFIN.

En el gráfico 2, se observa que el gasto en recursos humanos de la Secretaría de Salud ha tenido una variación porcentual durante el periodo 2009-2014 de 14.69%, con un promedio anual de 2.94% que representa 146, 757,526.61 millones de lempiras; con una varianza de 39.75%. También se aprecia en los años 2011 y 2012 un mayor gasto en RHUS en millones de lempiras; además se evidencia una tendencia decreciente del gasto en RHUS de la SESAL a partir del año 2012. En comparación al gasto total en salud de la institución que ha tenido un crecimiento exponencial durante el periodo 2009-2012, sin embargo, la tendencia del crecimiento del gasto total en salud de la SESAL a partir del año 2012 fue menor.

Gráfico 2. Evolución del gasto total en recursos humanos de la Secretaría de Salud en comparación al gasto total en salud de la Institución, período 2009-2014

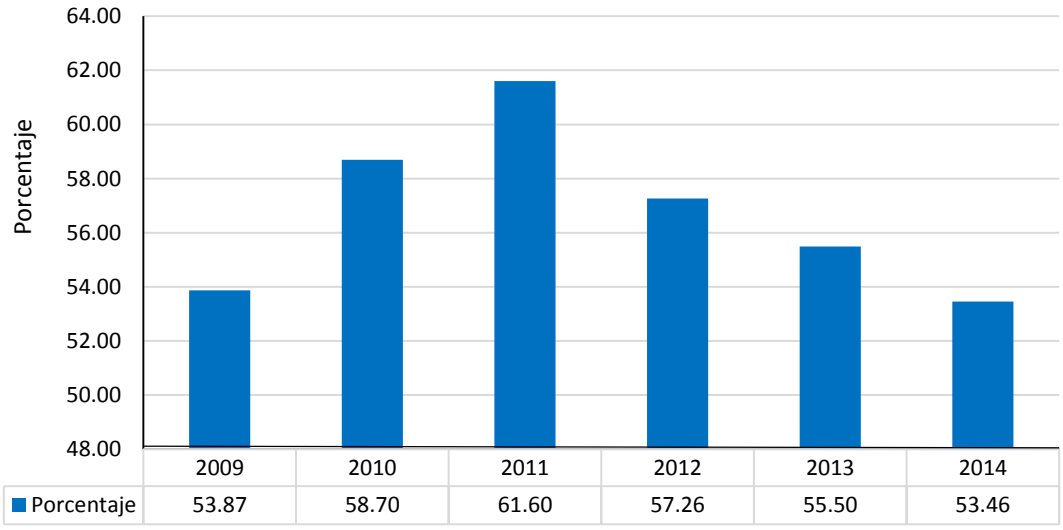


	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gasto RHUS (Millones de LPS)	5054.61	5608.27	6184.41	6124.03	5948.17	5788.40
Gasto Total SESAL (Millones de LPS)	9382.58	9554.75	10039.37	10695.34	10718.31	10828.28

Fuente: elaborado a partir de los datos de la ejecución del presupuesto de egresos por institución, fuente y grupo de gasto, Secretaría de Salud, Honduras. Gestión 2009-2014. SEFIN.

En el gráfico 3 se aprecia que el mayor porcentaje del gasto total en RHUS como proporción del gasto total de la SESAL en el período 2009-2014 fue el año 2011. Siendo el gasto total en salud de 9, 554, 749,699.31 millones de lempiras durante ese año, correspondiendo el 61.60% al gasto en recursos humanos; después de ese año se observa una tendencia al decrecimiento en el gasto de recursos humanos en salud como proporción del gasto total en salud de la SESAL.

Gráfico 3. Evolución del gasto en recursos humanos en salud como proporción del gasto total de la Secretaría de Salud, período 2009-2014



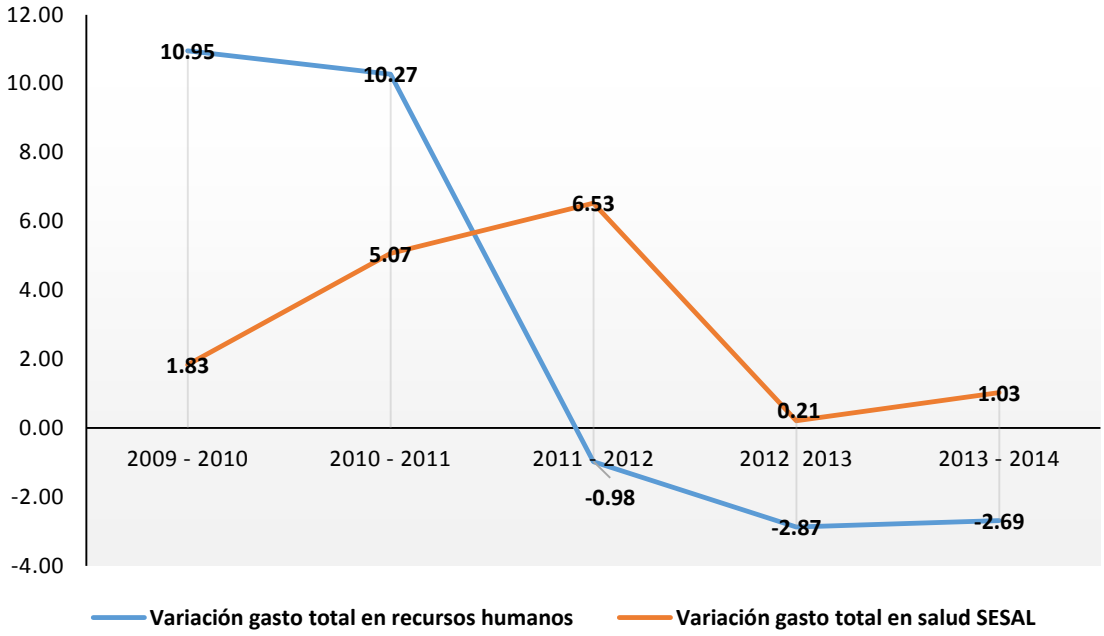
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Porcentaje	53.87	58.70	61.60	57.26	55.50	53.46

Fuente: elaborado a partir de los datos de ejecución del presupuesto de egresos por institución, fuente y grupo de gasto, Secretaría de Salud, Honduras, Gestión 2009-2014.

Se observa en el gráfico 4 que el crecimiento del gasto en salud del periodo 2009 al 2012 fue en orden ascendente. En el periodo 2012 al 2014 el crecimiento fue mínimo (0.21% y 1.02%).

En relación al gasto total en RHUS hubo un decrecimiento a partir del período 2011-2012 de -0.98 a -2.87 en el periodo 2012-2013 y de -2.69 en el los años 2013-2014.

Gráfico 4. Variaciones interanuales del gasto total en recursos humanos de la Secretaría de Salud en comparación con el gasto total en salud de la institución, período 2009-2014



Fuente: elaborado a partir de los datos de ejecución presupuesto de egresos por institución, fuente y grupo de gasto, Secretaría de Salud, Honduras. Gestión 2009-2014.

Tabla 1.

Evolución del gasto en RHUS de la SESAL según fuente de financiamiento en millones de lempiras, periodo 2009-2014

Fuente de Financiamiento	Años					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tesoro Nacional	L. 4736934,047.73	L. 5160621,058.83	L. 5658868,056.64	L. 5576182,870.78	L. 5350711,584.26	L. 5179198,087.07
Recursos Propios	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00
Crédito Externo	L. 4405,720.43	L. 811,391.04	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00
Club de Paris	L. 14587,815.10	L. 446837,328.30	L. 0.00	L. 6151,483.89	L. 0.00	L. 0.00
MDRI	L. 234018,616.14	L. 0.00	L. 525537,223.03	L. 541699,633.76	L. 595388,450.66	L. 609202,162.96
Donaciones Externas	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 2067,895.36	L. 0.00
HIPC	L. 64666,417.59	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00
Total	L. 5054612,616.99	L. 5608269,778.17	L. 6184405,279.67	L. 6124033,988.43	L. 5948167,930.28	L. 5788400,250.03

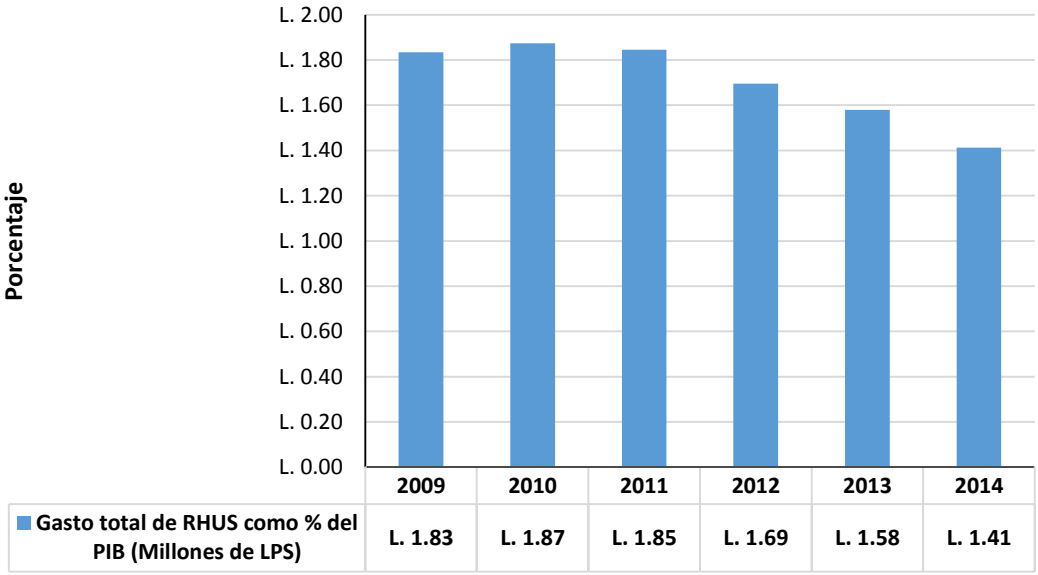
Fuente: elaborado a partir de los datos de ejecución presupuesto de egresos por institución, fuente y grupo de gasto, Secretaría de Salud, Honduras. Gestión 2009-2014.

Las fuentes de financiamiento de los recursos humanos de la Secretaría de Salud en el período 2009 al 2014, proceden del tesoro nacional y de fondos externos. Los fondos MDRI proceden del alivio de la deuda externa y se han invertido para resolver las prioridades de país, en este caso en temas de salud, se observa un incremento de esos fondos en el periodo de estudio para el financiamiento de los recursos humanos.

5.2. Evolución del gasto total en recursos humanos de la Secretaria de Salud como proporción del Producto Interno Bruto del país durante el periodo 2009-2014.

En el gráfico 4 se evidencia que el gasto total en RHUS como porcentaje del PIB ha tenido una tendencia al decrecimiento, pasando de 1.83 millones de lempiras en el año 2014 a 1.41 millones de lempiras en el año 2014.

Gráfico 4. Evolución del gasto total en recursos humanos de la Secretaría de Salud como proporción del Producto Interno Bruto del país, periodo 2009-2014.



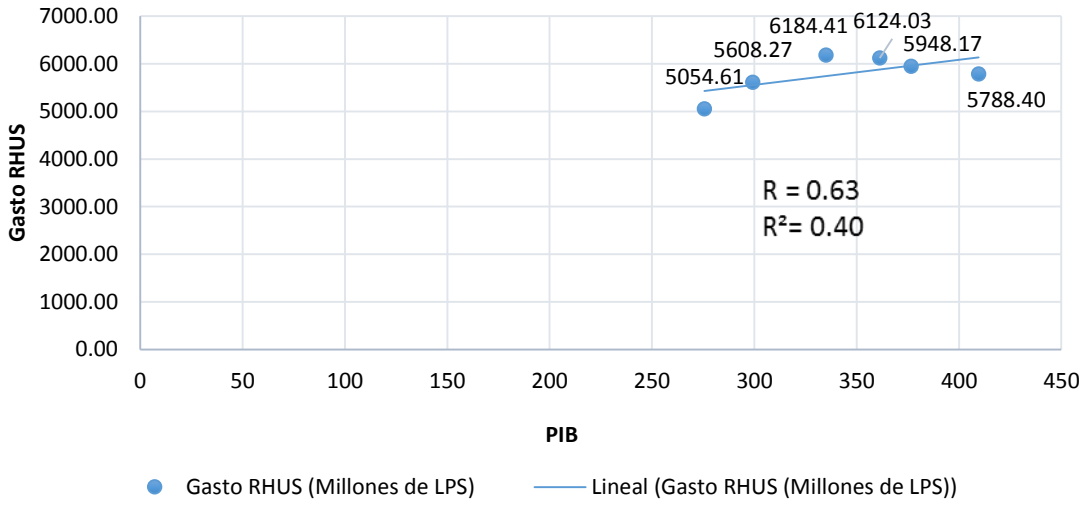
Fuente: elaborado a partir de los datos de la ejecución del presupuesto de egresos por institución, fuente y grupo de gasto, Secretaría de Salud, Honduras, Gestión 2009-2014 y datos del PIB Banco Central de Honduras.

En el gráfico 5 se observa que la influencia del PIB sobre el gasto total de recursos humanos en salud es del 40%.

Para establecer la relación entre el PIB y el gasto total de recursos humanos en salud de la Secretaría de Salud se utilizó el coeficiente de correlación de pearson (R) y el coeficiente de determinación (R cuadrado); Como resultado se obtuvo 0.63 en la correlación de pearson que significa una correlación positiva fuerte, indicando que si el PIB crece por ende debería haber un crecimiento en el gasto total de recursos humanos.

Sin embargo, se obtuvo un coeficiente de determinación de 0.40 que indica una baja influencia del PIB de 40% sobre el gasto total de recursos humanos en salud.

Gráfico 5. Regresión lineal entre el gasto total en recursos humanos en salud de la Secretaría de Salud y el PIB, período 2009-2014.

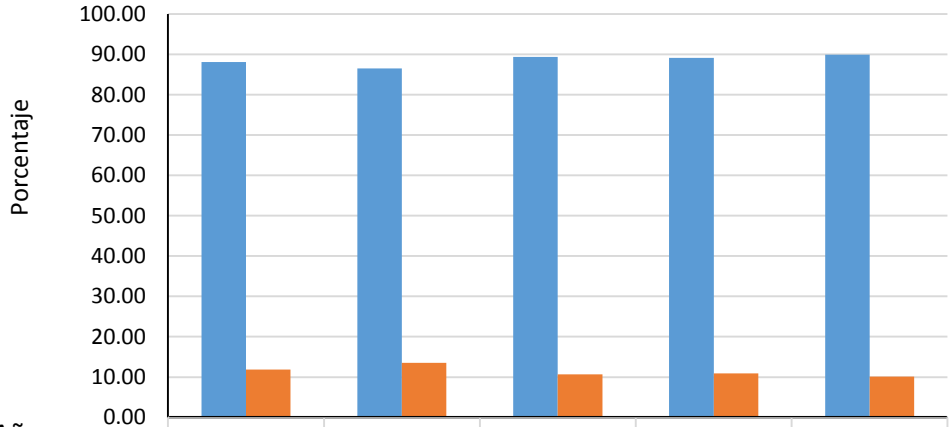


Fuente: elaborado a partir de los datos de la ejecución del presupuesto de egresos por institución, fuente y grupo de gasto, Secretaría de Salud, Honduras, Gestión 2014 y datos del PIB Banco Central de Honduras

5.3. Evolución entre el gasto fijo y variable en recursos humanos de la Secretaría de salud con respecto al gasto total de recursos humanos de la institución periodo, 2009-2014

Como se presenta en el gráfico 6 y tabla 1, el mayor porcentaje del gasto fijo como proporción del gasto total en recursos humanos en salud fue durante los años 2012-2014. Sin embargo, el gasto variable como proporción del gasto total en recursos humanos fue mayor en el año 2011.

Gráfico 6. Comparación entre gasto fijo y variable en recursos humanos de la Secretaría de Salud como proporción del gasto total en recursos humanos de la institución, período 2010-2014



Años	2010	2011	2012	2013	2014
Gasto Fijo % GTRHUS	88.10	86.50	89.32	89.08	89.87
Gasto Variable % GTRHUS	11.90	13.50	10.68	10.92	10.13

Fuente: elaborado a partir de datos del SIARH dependiente de la Dirección General de Servicio Civil, modulo del SIAFI, Honduras, datos disponibles gestión 2010-2014.

Tabla 2.

Evolución del gasto fijo y gasto variable en RHS en comparación con el gasto total en recursos humanos de la SESAL (en millones de lempiras), periodo 2010-2014.

Tipo de Gasto	Años				
	2010	2011	2012	2013	2014
Gasto fijo	4,940.96	5,349.30	5,470.21	5,298.50	5,202.28
Gasto variable	667.31	835.11	653.82	649.67	586.12
Total, GRHUS	5,608.27	6,184.41	6,124.03	5,948.17	5,788.40

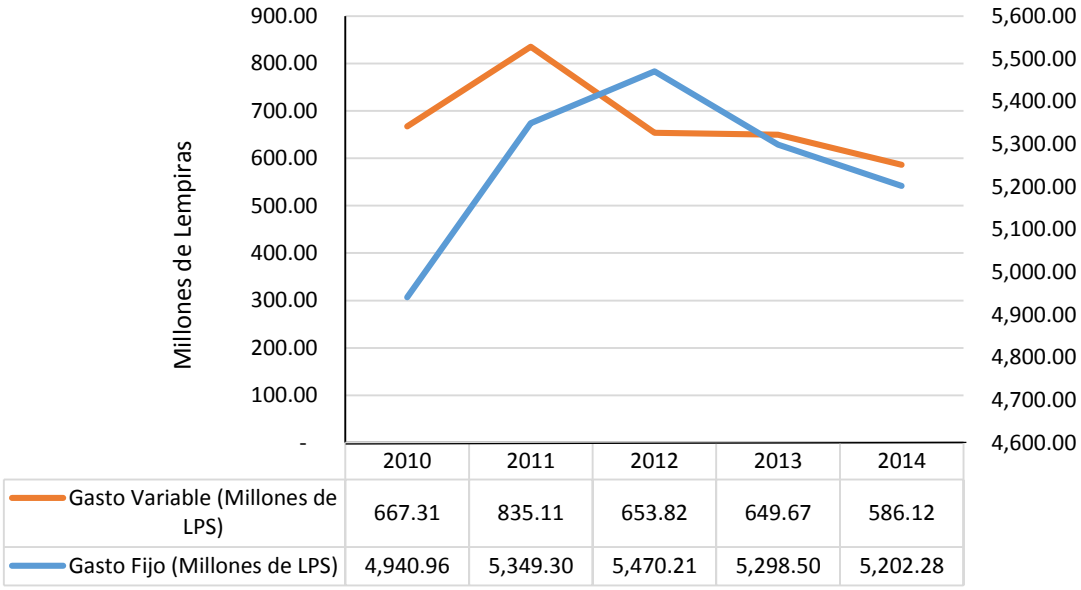
Fuente: elaborado a partir de datos del SIARH dependiente de la Dirección General de Servicio Civil, modulo del SIAFI, Honduras, datos disponibles gestión 2010-2014

En el gráfico 7 se evidencia que el gasto fijo en recursos humanos de la Secretaría de Salud entre el año 2010 al 2013 muestra un crecimiento exponencial a partir del año 2012; con una tendencia a la reducción del gasto fijo en RHS en el periodo del 2012 al 2013; en promedio con una variación porcentual anual de 1.39% que constituye 65, 330,381.25 millones de lempiras anuales, con una varianza (S2) de 31,692.73 millones de lempiras.

Se observa que el gasto variable en RHS entre el año 2010 al 2011 tuvo una variación porcentual de 25.15% que representa 167, 797,061.00 millones de lempiras, sin embargo, ha tenido una tendencia a la reducción a partir del año 2011. Durante el periodo 2011 al 2014 el gasto variable en RHS presentó una variación porcentual anual en promedio de -1.74% que representa -20297,763.25

millones de lempiras en ese periodo, con una varianza (S2) de 6,925.12 millones de lempiras.

Gráfico 7. Evolución del gasto fijo y variable en recursos humanos de la Secretaría de Salud (en millones de lempiras) período 2010-2014



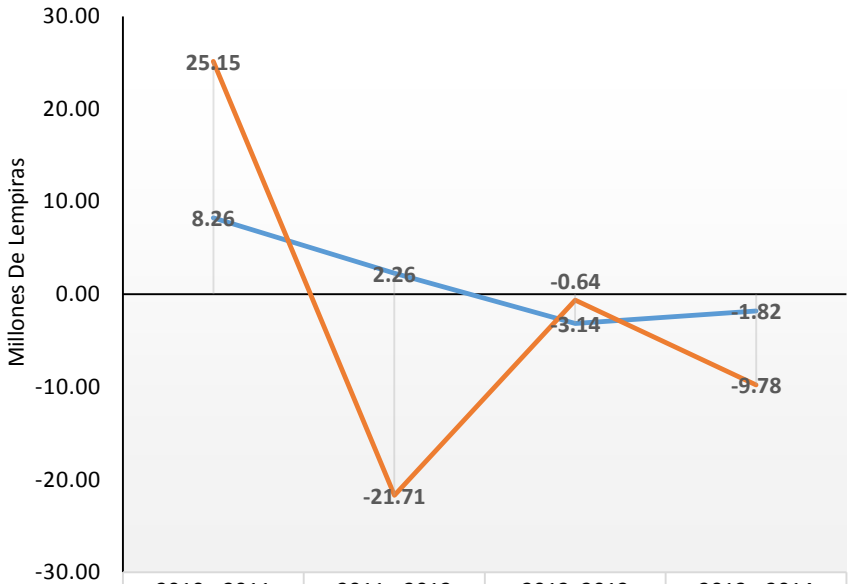
	2010	2011	2012	2013	2014
Gasto Variable (Millones de LPS)	667.31	835.11	653.82	649.67	586.12
Gasto Fijo (Millones de LPS)	4,940.96	5,349.30	5,470.21	5,298.50	5,202.28

Fuente: elaborado a partir de datos del SIARH dependiente de la Dirección General de Servicio Civil, modulo del SIAFI, Honduras, datos disponibles gestión 2010-2014.

En el gráfico 8, se evidencia que el gasto variable en recursos humanos en salud tuvo un crecimiento en el periodo 2010-2011 de 25.15%, sin embargo, tiene una tendencia decreciente en el periodo del año 2011 al 2014; mostrando el mayor decrecimiento en el periodo 2011-2012 que fue de -21.71% y el menor decrecimiento se observa en el periodo 2012-2013 de -0.64%. En relación al

gasto fijo en RHS se aprecia también una tendencia al decrecimiento que fue a partir del periodo 2012-2013 de -3.24% y de -1.82% entre 2013 a 2014.

Gráfico 8. Variaciones interanuales del gasto fijo y variable en recursos humanos de la Secretaría de Salud, período 2010-2014.



	2010 - 2011	2011 - 2012	2012 2013	2013 - 2014
Variaciones Interanuales de Gasto Fijo	8.26	2.26	-3.14	-1.82
Variaciones Interanuales de Gasto Variable	25.15	-21.71	-0.64	-9.78

Fuente: elaborado a partir de datos del SIARH dependiente de la Dirección General de Servicio Civil, modulo del SIAFI, Honduras. Gestión 2009-2014.

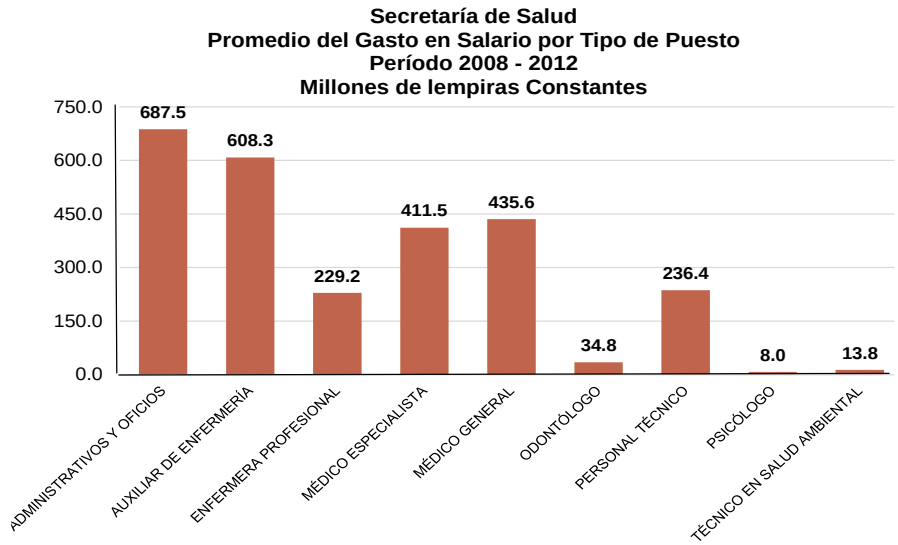
5.4. Composición del gasto en recursos humanos en salud por tipo de puesto

Se observa en el gráfico 9, que el gasto promedio para pago de salarios en el período analizado, para los recursos humanos de tipo administrativos y oficios

generan el mayor gasto, seguido del tipo auxiliares de enfermería y médicos generales.

Se evidencia que no hay una distribución equitativa en el gasto según el tipo de recurso humano necesario para la prestación de servicios, así mismo, la prestación de servicios está concentrada en el recurso tipo auxiliares de enfermería.

Gráfico 9



Fuente: Diagnóstico de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, Honduras, 2013

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

6.1 Evolución del gasto en recursos humanos de la Secretaría de Salud en comparación con el gasto total en salud de la institución, periodo 2009-2014.

En los hallazgos del estudio se encontró que el gasto total en RHS de la SESAL en millones de lempiras tuvo una tendencia creciente durante el periodo 2009-2011, sin embargo, con una tendencia decreciente en el periodo 2011-2014. El mayor gasto en RHS en millones de lempiras fue durante los años 2011 y 2012. En comparación al gasto total en salud de la Secretaría de Salud en millones de lempiras, que mostro una tendencia creciente durante el periodo 2009-2014, con un crecimiento exponencial durante el periodo 2009-2012, mostrando una tendencia de menor crecimiento a partir del periodo 2012-2014, con un promedio anual de crecimiento de 2.94% que representa 289, 139,422.12 millones de lempiras al año.

Según el análisis de los resultados el mayor porcentaje del gasto de RHS como proporción del gasto total de la SESAL fue en el año 2011 de 61.60%, con una tendencia decreciente en el período 2012-2014, aunque esta proporción en el año 2014 (53.87%) fue similar a la del año 2009 (53.46%).

En los hallazgos sobre las variaciones interanuales del gasto total en RHS comparado al gasto total en salud de la SESAL se encontró que hubo crecimiento

del gasto total de RHS en los periodos 2009-2010 y 2010-2011, pero decreció a partir del período 2011-2012 en -0.98% que representa -60,371,291.24 millones de lempiras, teniendo como punto de mayor decrecimiento el período 2012-2013 en -2.87 que equivale a -175,866,058.15 millones de lempiras, y paso a -2.69 en el periodo 2013-2014.

Sin embargo, el gasto total de salud de la SESAL presentó una tendencia al crecimiento, pasando de 1.83 del período 2009-2010 a 6.53 en el periodo 2011-2012 que corresponde a 655,962,706.18 millones de lempiras, siendo este periodo el punto de mayor crecimiento registrado en la serie de datos del estudio, el punto de menor crecimiento se encontró durante el periodo 2012-2013 y fue de 0.21 con 22,972,878.7 millones de lempiras; que paso a 1.03 el crecimiento del gasto total en salud durante el periodo 2013-2014.

Como factores importantes a ser considerados en el comportamiento del gasto de RHS de la SESAL en comparación con al gasto total en salud de la institución están: la promulgación del PCM 27-2008 (Presidente de la República en Consejo de Ministros, 2008), que manda a partir de septiembre 2008 aprobar un ajuste salarial para los empleados públicos de la Administración Central, tomando en cuenta que esto tiene un impacto presupuestario que se genera a partir el incremento en las nivelaciones salariales.

La realización de concursos de plazas de médicos y enfermeras en el período 2009 – 2010 probablemente también explique el comportamiento en el gasto

hasta el año 2011, además el decrecimiento en el gasto total de RHS a partir del período 20011-2014 puede deberse a la no realización de concursos que impero a partir del 2010 en el período de estudio, el congelamiento de plazas, así como la salida de personal por cesantía, durante ese período además se dejaron de pagar bonificaciones y cesantías porque no fueron contempladas en el presupuesto, así como, también se dejó de pagar en el 2013 por parte de SEFIN los incrementos salariales de los empleados con estatutos.

Otros factores como las modificaciones vía decreto que existieron del grupo 100 hacia otros rubros, y aspectos probablemente ligados a la programación del gasto en RHS.

Un aspecto también a tomar en cuenta es que el gasto total en salud aun cuando muestra una tendencia de crecimiento, existe evidencia que el gasto total en salud de la SESAL (Secretaría de Salud, SEFIN, 2015) como porcentaje del total de gastos del gobierno (SEFIN, 2015) paso de 9.51% en el año 2009 a 5.95% en el 2014.

Entre otros factores presentes en el período de estudio que impactaron a Honduras, fueron la fragilidad del entorno económico externo precario, ocasionado por la crisis económica mundial a partir del último trimestre del año 2008; así como, la crisis política interna del país durante el año 2009.

En este contexto surge además la política presupuestaria del año 2009 (Secretaria de Finanzas, 2009) en ausencia de más de medio año de un presupuesto debidamente conocido, discutido y aprobado por el Congreso Nacional de la República, según la legislación vigente; con un presupuesto que tenía más de seis meses de ejecución basado en una captación débil de ingresos e insuficiente para financiar el gasto, y en condiciones económicas y financieras adversas debido a la crisis financiera y económica mundial que impacto la economía nacional, como consta en la exposición de motivos de la política presupuestaría antes mencionada.

Como medidas dentro de esa política se consideran en la gestión del recurso humano: racionalizar el empleo público, eliminando las plazas congeladas a nivel de Gobierno Central, congelamiento de las plazas vacantes registradas a diciembre de 2008, y se estipula reglamentar la Ley de Servicio Civil para introducir nuevos criterios de retribución variable basados en méritos y en desempeño.

Los ahorros en las asignaciones del Personal Permanente, derivados de la cancelación de plazas, por la creación de plazas por fusión, plazas vacantes transitoriamente, plazas que devengan un sueldo menor que lo presupuestado o por la cancelación de personal supernumerario en el Sector Público no podrán emplearse para aumentos de sueldos, nombramiento de personal de emergencia, ni ser transferidas para ningún otro fin.

En cuanto a la política de empleo se manifiesta que el nombramiento o contratación de servicios personales solo se podrá efectuar si se cuenta previamente con la asignación presupuestaria correspondiente. Sobre la política salarial se establece que el Gobierno para el año 2009, introduce nuevos criterios de retribución basados en méritos y desempeños, así como de retribución general fija en función de la inflación esperada estimada por el Banco Central de Honduras. Sin embargo, se estipula que únicamente en las Secretarias de Salud, Educación y Seguridad se crearan plazas de conformidad a los lineamientos de la política presupuestaria.

En el año 2010 el país entra en un nuevo orden constitucional y se promulga la Ley para el establecimiento de una Visión de País 2010-2038 y la adopción de un Plan de Nación 2010-2022 que fue aprobado en diciembre de 2009 mediante decreto legislativo 286-2009, que define el marco para la planificación del desarrollo económico, social y político, así como, establecen como prioridad en el objetivo uno referente a salud, meta 1.4 haber alcanzado el 95% de cobertura en salud en todos los niveles del sistema; y en el Plan Estratégico de Gobierno 2014-2018, se establece dentro de sus resultados “cobertura universal de los servicios de salud alcanzada de manera gradual”.

Se reconoce dentro de este plan de gobierno que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requiere la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial, en consonancia con lo

enunciado en la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en su inciso 6, “El acceso universal a la salud y la cobertura de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar” (OPS/OMS, 2014, pág. 2)

En este punto es importante destacar la importancia que revisten los recursos humanos en salud para el logro del acceso y cobertura universal en salud, y desde el año 2004 en la declaración el 45 Consejo Directivo de la OPS a través de la resolución CD45.R9 insta a los estados miembros: a que inviertan en el desarrollo de recursos humanos, a que aborden los problemas persistentes y emergentes en relación con la disponibilidad, la composición, la distribución y el desempeño de los recursos humanos de salud que constituyan obstáculos importantes al alcance del acceso universal a servicios de salud con calidad y equidad (OPS/OMS, 2004, pág. 1).

En el Informe sobre la Salud en el Mundo año 2006, los recursos humanos en salud han sido considerados como un bien público, sin el cual los servicios de salud no existirían, además en este informe se presentan evidencias de que la densidad y la calidad de los recursos humanos en salud se relacionan con el alcance de la atención primaria en salud, la mortalidad materna, infantil y del menor de cinco años, así como la calidad y densidad de los médicos esta

correlacionada con resultados positivos en el abordaje de enfermedades cardiovasculares.

Tanto el llamado a la Acción de Toronto año 2005, como el Informe sobre la Salud en el Mundo 2006, reconocen el carácter central y estratégico que los recursos humanos en salud cumplen en el sistema de salud para el alcance de los objetivos sanitarios, por lo que el gasto en recursos humanos no debe ser considerado solo un gasto de consumo en el presupuesto, sino también como una inversión para contribuir al logro del acceso y cobertura universal de la salud. Esos informes orientan hacia un proceso planificado que guie la formulación de políticas y planes de acción en materia de recursos humanos en salud.

Sin embargo, los factores considerados en el análisis del comportamiento del gasto total en salud de los recursos humanos de la SESAL, en comparación al gasto total de salud de la institución, podrían deberse a la necesidad de un proceso adecuado de planificación estratégica y presupuestaria de los recursos humanos en el período de estudio.

El Llamado a la Acción de Toronto para una década de recursos humanos en salud (2006-2015), se consideró un marco de referencia útil para la formulación e implementación de los planes de recursos humanos en salud a nivel de país, subregional y regional en las Américas, para superar los desafíos y problemas del desarrollo de los recursos humanos. Este esfuerzo permanente y planificado, desplegando una plataforma amplia de acción permitiría una mayor participación

de actores y la generación de consensos para la implementación de acciones a lo largo de la década.

Además, el Llamado a la Acción de Toronto sugiere que este proceso colectivo de construcción de políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud requiere también de financiamiento para el desarrollo del recurso humano en salud y dentro de las líneas sugeridas están:

- Abogar para que el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud se vea como una inversión social indispensable.
- Argumentar y negociar con los ministerios de economía y finanzas para la ampliación del espacio fiscal dedicado a servicios de salud.
- El alineamiento, armonización y coordinación de la cooperación internacional para incrementar el financiamiento, en base a prioridades nacionales.

La OMS en el Informe sobre la Salud en el Mundo año 2006, sugiere también mejorar la planificación de los recursos humanos en salud, para la expansión acelerada de los mismos y advierte que requiere de tres elementos indispensables: un plan global, financiamiento adecuado y liderazgo político.

Desde la perspectiva de la planificación estratégica nacional la importancia de los recursos humanos en salud se ve plasmada durante el año 2005 en el Plan Nacional de Salud 2021, donde se reconoce que existe la carencia de políticas y

estrategias integrales e innovadoras para la gestión y administración de los recursos humanos en salud, lo que limita el desarrollo de los mismos.

Dentro de las prioridades y metas de la reforma del sector planteadas en el plan se contempla: definir políticas para la planificación, gestión y administración de los recursos humanos. Además, establece dentro de las propuestas estratégicas, desarrollar un plan nacional de formación de desarrollo del recurso humano en salud, de forma coordinada entre las instituciones formadoras y proveedoras, que responda a las políticas y necesidades del nuevo modelo en salud año 2010.

En el año 2010 también se reconoce como un aspecto critico la carencia de políticas y estrategias integrales e innovadoras para la gestión y administración del talento humano en el Plan Nacional de salud 2010-2014 que dificulta la planificación cuantitativa y cualitativa de los recursos humanos en salud para las necesidades presentes y futuras del país.

En el Plan Nacional de Salud 2014-2018, la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, reconoce que estar en condiciones de afrontar los nuevos problemas de salud con un abordaje integral e integrado, demanda la gestión y la formación de los recursos humanos con el perfil necesario para desempeñarse en los escenarios actuales. Y se establece en el plan dentro del componente estratégico 2, “regulación del sistema nacional de salud” la línea de acción “desarrollo de los recursos humanos en salud”, orientada a fortalecer la planificación, la gestión y

el desarrollo del talento humano en salud que responda a las necesidades del modelo nacional de salud.

En la pasada década los planes nacionales de salud reflejan la preocupación por la carencia de políticas, planificación estratégica y por la gestión del desarrollo del recurso humano que respondan al modelo de salud vigente y a las necesidades de la población.

En el Plan Estratégico Institucional de la SESAL periodo 2014-2018 orienta su quehacer en torno a las funciones de rectoría y provisión, en que se enmarcan sus objetivos estratégicos, basados en prioridades, grupos priorizados, mujer en condición de embarazo y el menor de cinco años, así como, enfermedades vectoriales e infecciosas priorizadas, enfermedades crónicas no transmisibles priorizadas y las intervenciones para mitigar el riesgo de enfermar y morir de la población general.

Es importante que al revisar los instrumentos de planificación no se han priorizado los mecanismos para la planificación estratégica de recursos humanos en salud, instrumento que permitiría realizar la estimación presupuestaria y la gestión financiera en materia de recursos humanos. Además diversas áreas de interés para la formulación de políticas pueden exigir un desglose específico de las estimaciones del gasto en recursos humanos en salud o análisis suplementarios que los métodos normalizados de elaboración de las cuentas nacionales o de salud no contemplan.

La Organización Mundial de la Salud en el manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos en salud 2009 han observado que pocos países recopilan y difunden datos detallados del gasto en recursos humanos en salud, como quién paga su trabajo y en qué servicios intervienen. Sostienen que las cuentas de salud rara vez registran los gastos en personal sanitario que permitan medir y dar seguimiento a la evolución del conjunto básico de indicadores para medir el gasto en recursos humanos en salud (OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D., 2009).

Un aspecto importante para el análisis y seguimiento de la evolución del Gasto en RHS es la necesidad de la recolección metódica y sistemática de datos e información pertinente para el análisis y la toma de decisiones en este campo. Sin embargo, aun cuando hay avances de algunas iniciativas relacionadas a una nueva práctica de la gestión de los recursos humanos, existe la limitante de no contar con un sistema de información que facilite este proceso a los formuladores de políticas.

6.2 Evolución del gasto en recursos humanos de la Secretaría de Salud como proporción del Producto Interno Bruto del país, periodo 2009-2014.

Durante el periodo estudiado la tendencia del gasto de recursos humanos en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) fue en decrecimiento y se

observó una baja influencia del PIB de 40% sobre el gasto total de recursos humanos en salud.

Según la Alianza Global para los recursos humanos en salud, la sostenibilidad a largo plazo del incremento de los recursos humanos requiere que los recursos domésticos sean movilizados, muchas veces reforzados por recursos externos y explican que la disponibilidad de los recursos humanos depende del producto interno bruto de los de los países, la habilidad del gobierno de capturar el PIB, la proporción de los ingresos del gobierno asignados al sector salud y la proporción del gasto de salud asignado a los recursos humanos en salud. Así mismo, insta a los países a crear espacio fiscal para el financiamiento del desarrollo de la fuerza laboral en salud (OMS, GHWA, 2009).

La OPS/OMS considera como eje transversal el incremento del financiamiento público en salud para avanzar hacia la cobertura universal, en el marco de la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Así como, también señala que representan un reto el financiamiento inadecuado y el uso ineficiente de los recursos disponibles para el alcance de esa meta, y plantea que mientras el gasto público promedio en salud respecto al PIB de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) llega a un 8% del PIB, en 2011, el gasto público en salud en los países en América Latina y el Caribe respecto del PIB fue de apenas 3.8% y que a menudo se intenta

solventar la falta de recursos financieros a través del pago directo en la prestación del servicio.

Así mismo, se establece en el informe mundial sobre salud 2010 que un gasto público destinado a la salud de 6% del PIB es una referencia útil en la mayoría de los casos y una condición necesaria-aunque no suficiente- para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Acerca del financiamiento del desarrollo de los recursos humanos para la salud en el Informe sobre Salud en el Mundo 2006, se reconoce la necesidad de ampliar el espacio fiscal tanto para la financiación pública de la salud y del personal sanitario.

El grupo de trabajo de financiamiento de la Alianza Global para los recursos humanos en salud, propone entre otras acciones se promueva la generación de espacio fiscal y la disponibilidad de mecanismos efectivos de financiamiento del empleo de la fuerza de trabajo en salud, tanto para las instancias normativas mundiales y socios de desarrollo, como para las instancias normativas a nivel país, a fin de poder utilizar los análisis del espacio fiscal y de las brechas en materia de recursos humanos en salud como evidencias en las negociaciones de la asignación de presupuesto en el tema (OMS, GHWA, 2008)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015) demuestra en base a evidencia y a una serie de análisis que existe la posibilidad técnica de generar

espacio fiscal, por lo que la responsabilidad recae en la voluntad política de hacerlo; y propone diferentes fuentes potenciales de creación de espacio fiscal para la salud que podrían ser consideradas en las opciones de política, y las agrupa como sigue: i) creación de condiciones macroeconómicas favorables, ii) mayor priorización para la salud en el presupuesto público, iii) creación de nuevos ingresos fiscales a través de una mayor presión fiscal, iv) aumento en la eficiencia de la recaudación v) ayuda externa con préstamo y donaciones específicas para el sector salud, vi) aumento en la eficiencia de los gastos en salud existentes.

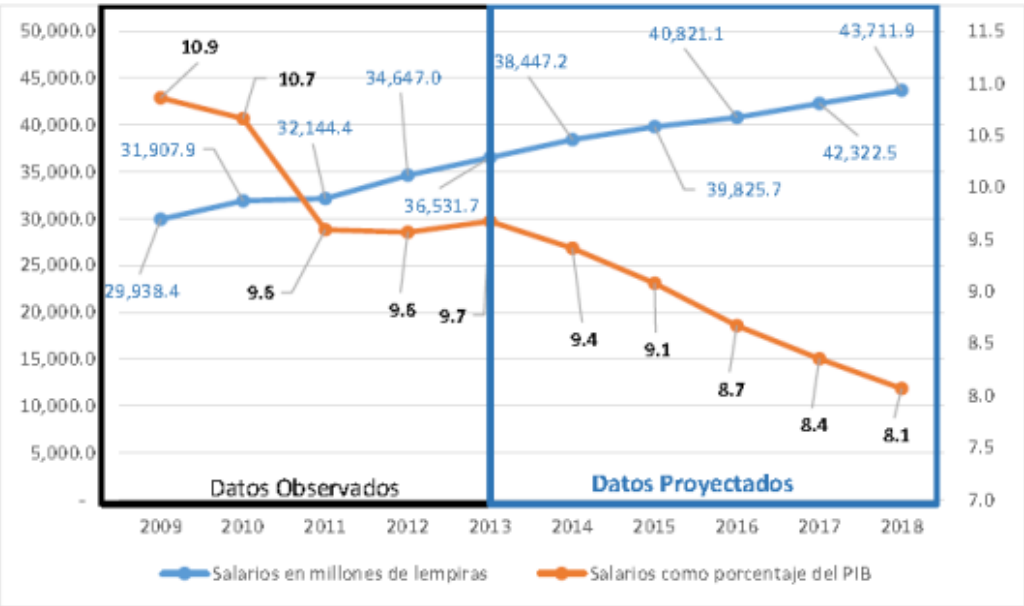
Sin embargo, aun cuando desde el llamado a la Acción de Toronto 2005 se declaró la década para afrontar los desafíos en materia de recursos humanos, y a lo largo de la misma ha existido un esfuerzo sistemático y planificado a nivel internacional para movilizar a nivel de países y a nivel regional consensos e intervenciones a fin de fortalecer la institucionalidad para el desarrollo de los recursos humanos en salud, la creación de evidencias como soporte de políticas y promoción de diálogos sociales, la definición de nuevos mecanismos de financiamiento y propuestas de cooperación en materia de recursos humanos en salud; persisten medidas de racionalización del gasto en RHS en el país.

Como parte de esas medidas, se encuentran tanto las del Fondo Monetario Internacional y de la política presupuestaria del país, para lograr la reducción del déficit fiscal, medidas mediante el control estricto del gasto, especialmente la reducción de la masa salarial. Los ahorros en las asignaciones del personal

permanente, derivados de la cancelación de plazas, por la creación de plazas por fusión, plazas vacantes transitoriamente, plazas que devengan un sueldo menor que lo presupuestado o por la cancelación de personal supernumerario en el Sector Público no podrán emplearse para aumentos de sueldos, nombramiento de personal de emergencia, ni ser transferidas para ningún otro fin.

Además, se estableció como meta al año 2015, una masa salarial de la Administración Central respecto al PIB (masa salarial/ PIB) de 9.1% como nivel máximo, la que ira bajando para los próximos años según las metas que se muestran en el gráfico 10:

Gráfico 10. Metas de salarios en millones de lempiras y porcentaje del PIB



Fuente: Lineamientos de Política Presupuestaria Plurianual, 2015-2018, Secretaría de Finanzas, Honduras.

En este aspecto reviste especial importancia las sugerencias de la Alianza Global para los recursos humanos en salud, en cuanto a desarrollar una planificación organizada, a calcular las brechas tanto de RHS como de su financiamiento y calcular el espacio fiscal probable; elementos que pueden ser utilizados en iniciativas de negociación entre el gobierno y/o con socios externos para el financiamiento de la fuerza laboral.

6.3 Evolución entre el gasto fijo y variable en recursos humanos de la Secretaria de Salud con respecto al gasto total en recursos humanos de la institución, periodo 2010 al 2014.

Al analizar la evolución del gasto fijo y variable en recursos humanos en salud de la SESAL, se observó que el gasto fijo como proporción del gasto total de RHS se incrementó en el periodo 2012 y 20014. Y el gasto variable decreció como proporción del gasto total en RHS. Sin embargo, el gasto fijo se incrementó en millones constantes de lempiras en el periodo 2010-2012.

Durante el periodo 2010-2011 el gasto fijo tuvo un crecimiento de 8.26%, se incluyeron dentro de este gasto, los sueldos básicos, adicionales, décimo tercer mes, décimo cuarto mes, complementos, contribuciones a INJUPEM, horas extraordinarias, gastos de representación, beneficios y compensaciones.

Ese crecimiento estuvo marcado por un incremento en los beneficios y compensaciones que representó un 97% al año 2011, con respecto al 2010. Los

gastos de representación fuera del país presentaron una variación porcentual de 20.6%, la variación porcentual de crecimiento de sueldos básicos fue de 9.65% que equivale a 370, 414,364.00 millones de lempiras y decimotercer mes fue de 9.97% que representa 28,466, 734,00 millones de lempiras y los complementos tuvieron una variación porcentual de 7%. Se observó un decrecimiento de las contribuciones a INJUPEN en -18.77% que corresponde a 75, 762,346.00 millones de lempiras.

En el periodo 2011-2012 el crecimiento del gasto fijo en RHS presentó una variación porcentual de 2.26%, los gastos de representación fuera del país tuvieron un incremento reflejado con una variación porcentual de 39.25%, seguido del gasto en decimo-cuarto mes y de complementos 10.18% y 9.15% respectivamente y el gasto de sueldos básicos representó un crecimiento de 4.02% que equivale a 154, 319,482.00 millones de lempiras. Además, se evidencia un decrecimiento de -22.1% en las contribuciones al INJUPEN equivale a 73, 153,224.00 millones de lempiras y de 3.2% en promedio de adicionales y del décimo tercer mes.

El gasto fijo en RHS durante el 2012-2013 decreció en -3.14%, para el año 2012 aparecen incorporados en estos gastos aquellos de representación dentro del país. La mayoría de los rubros considerados en este tipo de gasto decrecieron, cabe mencionar que el gasto en sueldos básicos tuvo un decrecimiento de -7.26% equivalente a 289,780,690.00 millones de lempiras a excepción de las

contribuciones a INJUPEN que tuvieron una variación porcentual de crecimiento de 51.12% que correspondió a 130, 295,802.00 millones de lempiras, los gastos de representación en el país con un incremento de 63.75% que corresponde a 255,000.00 lempiras, y las horas extraordinarias con una variación porcentual en crecimiento de 14.14% que equivale a 840, 416.00 lempiras.

En el año 2013, no hubo gastos por representación fuera del país. Aparece incluido en los gastos fijos de recursos humanos, las contribuciones al Seguro Social que representaron 54, 063,895.0 millones de lempiras.

Al observar el comportamiento del gasto fijo en el período 2013-2014, también presenta un decrecimiento de -1.82%, y casi todos los rubros contenidos en este tipo de gasto decrecieron, el sueldo básico decreció en -3.3% que significa 122,335,749 millones de lempiras; a excepción de los gastos por beneficios y compensaciones que tuvieron una variación porcentual de crecimiento de 116.9% que equivale a 42,742,016.00 millones de lempiras, los gastos de la contribución a INJUPEN con una variación porcentual de 3.01% que corresponde a 11,673,680.00 millones de lempiras y las contribuciones para el Seguro Social con una variación porcentual de crecimiento de 2.8% que representa 1,501,524.00 millones de lempiras.

El gasto variable en recursos humanos para la salud de la SESAL en el período 2010-2011, presentó una variación porcentual de 25.15%, se incluyen en este tipo de gastos los siguientes rubros, sueldos básicos, jornales, adicionales,

decimo- tercer mes y décimo-cuarto mes y contratos especiales. Este crecimiento en el gasto variable estuvo marcado por contratos especiales que presentó una variación porcentual de 819.9% en ese período, y por el decimocuarto mes con un incremento de 26.3% y un decrecimiento de 63.12 del décimo-tercer mes.

A partir del período 2011-2012, el gasto variable mostró un decrecimiento de -21.71% con una tendencia decreciente. El rubro de gasto de contratos especiales decreció en – 40.19%, también decrecieron los gastos del décimo-cuarto mes y salarios básicos, sin embargo, el décimo- tercer mes se incrementó en un 98.95% y los jornales tuvieron un crecimiento de 12.12%.

El gasto variable mostró durante los años 2012-2013 un decrecimiento de -0.64%, reflejado en el gasto de contratos especiales que decreció en -92.9% y en el décimo-cuarto mes con un decrecimiento de -5.79%. Pero, existió un incremento en los gastos de salarios básicos y jornales en un promedio de 19.56%, y en el gasto del decimó-tercer mes que fue de 36.8%.

En el período 2013-2014 el decrecimiento del gasto variable fue de -9.8%, a expensas del decrecimiento de -13.94% en los gastos del sueldo básico, que correspondió a 79, 258,032.00 millones de lempiras y de los gastos del decimó tercer mes que decrecieron en -8.79% que significó 3, 811,466.00 millones de lempiras. Sin embargo, mostraron crecimiento los rubros de gastos por contratos especiales, decimó cuarto mes y jornales. En el año 2014 aparece dentro del

gasto variable contribuciones para el Seguro Social por 9, 453,931.00 millones de lempiras.

Es importante considerar lo que expresa Lacunza (2007) que se debe concebir la planificación como algo que se realiza permanentemente. La formulación de políticas y la planificación estratégica de recursos humanos en salud como esfuerzo permanente, ha de orientar el financiamiento en este campo, así como el seguimiento a la inversión ordenada, para contar con una gestión eficiente y eficaz del gasto en el RHS. Sin embargo, al no tener desarrollado un sistema de gerencia de información en RHS, se ve limitado el proceso de planificación presupuestación del RHS, que sea congruente al nuevo modelo de atención en salud, basado en un enfoque de atención primaria en salud y al logro en el cumplimiento de la meta de acceso y cobertura universal en salud.

6.4 Composición del gasto en recursos humanos de la Secretaría de Salud por tipo de puesto.

En este apartado los datos han sido tomados del diagnóstico de los recursos humanos de la Secretaría de Salud de Honduras año 2013. En relación al promedio del gasto en salario del recurso humano en salud se encontró que la mayor inversión se realiza en el recurso humano administrativo y de oficios, seguido del tipo de auxiliares de enfermería y médicos generales.

Esto evidencia la inequidad en la distribución del gasto en recursos humanos en salud, así como también la necesidad de un marco regulatorio que permee las políticas y la planificación estratégica institucional y sectorial de los RHS acordes al nuevo modelo nacional de salud y a las necesidades de la población, incluyendo el contexto epidemiológico, demográfico del país.

En el análisis del promedio del gasto en salario según tipo de puesto la mayor inversión en recurso humano para la prestación del servicio se concentra en auxiliares de enfermería. Sin embargo, el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo como ha manifestado la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS,OMS, 2014) .

No obstante, según la literatura revisada, subsisten profundos desequilibrios y brechas en la disponibilidad, distribución, composición, competencia y productividad de los recursos humanos de salud, que se acentúan en el primer nivel de atención. Aun en los países que han superado el umbral de 25 médicos, enfermeras y parteras capacitadas por 10,000 habitantes, en muchas zonas no metropolitanas y jurisdicciones de salud están por debajo, lo que genera problemas serios para el acceso a servicios integrales de salud.

Incluso en el último estudio sobre gasto y financiamiento en salud año 2011 realizado por la SESAL, se evidencia que para ese año la distribución del gasto en recursos humanos en salud fue de 43. 22 en la región de Francisco Morazán

y en la Región de Cortes correspondió el 11.33% del total del gasto en RHS, ambos departamentos abarcan dos regiones sanitarias la metropolitana y la departamental (Salud, 2014). Esos hallazgos visibilizan una de las brechas existentes en cuanto a la distribución geográfica del financiamiento en recursos humanos en salud de la institución, regiones departamentales de mayor desarrollo en el país, factor que podría limitar el acceso y la cobertura universal a los servicios de salud de poblaciones en pobreza y de zonas postergadas.

La distribución no equitativa en el gasto en recursos humanos en salud de la SESAL, puede estar reflejando la necesidad de un proceso planificado de los RHS y de sus costos. Ante lo cual, reviste importancia lo expresado por Rovere (2006) acerca de que la planificación estratégica de recursos humanos en salud debe ser considerada como un objeto de transformación socialmente determinado; y que las intervenciones planificadas para el desarrollo del RHS, deben a su vez, ser valoradas en función de su contribución, positiva o no, a mejorar la cantidad, calidad y cobertura de los servicios de salud y, así como, la salud de la población.

El Informe sobre la Salud en el Mundo 2006, se propone que los países aborden la planificación del recurso humano en salud desde la perspectiva de ciclo de vida laboral, cuyo enfoque se centra en la definición de políticas y estrategias a partir de la dinámica del personal sanitario en cada una de las etapas del ciclo: la

entrada (o reentrada) de las personas en la fuerza laboral, el período de su vida en el que forman parte de ella y el momento en el que la abandonan.

Esta perspectiva de planificación desde el ciclo de vida laboral puede ser una guía útil para un proceso ordenado de la planificación del desarrollo del recurso humano, los procesos educativos acordes al modelo de salud vigente, los procesos de dotación reclutamiento y selección del personal pertinente, poder gestionar la etapa de vida laboral del RHS para la mejora de la disponibilidad accesibilidad y el desempeño de los mismos, mediante una mejor gestión para motivar y retener al personal de salud, esto supone mejorar el acceso a recursos humanos en salud competentes en zonas remotas y rurales.

Otro aspecto importante que permite esta propuesta de la OPS es la gestión de la etapa de salida, para planificar intervenciones que puedan hacer frente a la pérdida del RHS, sea por cesantías, enfermedad, muerte y migración, factores que pueden ser en cierta medida controlados y previstos, prever el relevo generacional acorde a las necesidades epidemiológicas, demográficas, del modelo de salud vigente y a las necesidades que demanda la población.

Esta perspectiva exige contar con un instrumento de planificación estratégica del recurso humano, útil para gestionar y presupuestar activamente cada una de las etapas del ciclo de vida laboral.

Un aspecto relevante es lo que la Alianza Global para los recursos humanos en salud opina al respecto, cuando se refiere a que los RHS sin otros insumos,

incluyendo medicamentos y suministros, equipo funcional y supervisión adecuada entre otros, no podrán desempeñar su rol de la forma más apropiada en la entrega de los servicios de salud a la población. Así, la ampliación del financiamiento de los recursos humanos en salud, sin financiación para otros bienes relacionados con la salud podría no ser eficaz, por lo que las políticas eficaces de recursos humanos deberían ser parte de la mejora del funcionamiento y el rendimiento de todo el sistema de salud (OMS, Global Health Workforce Alliance, 2009).

La OMS en el manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para países de ingresos bajos y medianos, evidencia que pocos países recopilan y difunden datos detallados del gasto en recursos humanos en salud, como quién paga su trabajo y en qué servicios intervienen. Las cuentas de salud rara vez registran los gastos en personal sanitario que permitan medir y seguir la evolución del conjunto básico de indicadores para medir el gasto en recursos humanos para la salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D., 2009).

También en ese manual la OMS plantea que existe la necesidad de contar con directrices específicas para descomponer un conjunto completo de estimaciones de los costos laborales de los RHS, a través del ciclo de vida laboral.

En la actualidad existen limitantes a nivel institucional para realizar una exhaustiva evaluación del gasto en recursos humanos en salud que permita a los formuladores de políticas hacer uso de la misma para la planificación del desarrollo de los RHS y la toma de decisiones fundamentadas.

Entre las limitantes de la integridad y cobertura sobre efectivos y distribución de los RHS se encuentran bases de datos que no contienen las variables requeridas para seguir la evolución de la fuerza laboral, con limitantes en la desagregación de datos, problemas en la consistencia de las diferentes fuentes de datos en RHS. Así como, la necesidad de contar con procedimientos normalizados para clasificar la fuerza laboral de acuerdo a su funcionalidad y formación, necesidad de procedimientos de estimación de los equivalentes a tiempo completo en los diversos grupos de trabajadores sanitarios; depuración de datos en recuentos dobles de RHS (por múltiples calificaciones o puestos de trabajo).

VI. CONCLUSIONES

Las variaciones interanuales del gasto total en RHUS comparado al gasto total en salud de la SESAL, evidencian que hubo crecimiento del gasto total de RHS en los periodos 2009-2010 y 2010-2011, con un decrecimiento a partir del período 2011-2012 de -0.98% que representa -60,371,291.24 millones de lempiras, teniendo como punto de mayor decrecimiento el período 2012-2013 en -2.87 equivalente a -175,866,058.15 millones de lempiras, pasando a -2.69% en el periodo 2013-2014.

Sin embargo, el gasto total de salud de la SESAL presentó un crecimiento exponencial durante el periodo 2009-2012, con una tendencia menor de crecimiento a partir del año 2012. El punto de mayor crecimiento del gasto total en salud de la SESAL fue en el período 2011-2012 de 6.53% equivalente a 655, 962,706.18 millones de lempiras; el punto de menor crecimiento se encontró durante el periodo 2012-2013 y fue de 0.21% con 22, 972,878.7 millones de lempiras.

Durante el período estudiado la tendencia del gasto de recursos humanos en salud como porcentaje del PIB fue en decrecimiento, pasando de 1.83 millones de lempiras en el año 2009 a 1.41 millones de lempiras en el año 2014; además se observó una baja influencia del PIB de 40% sobre el gasto total de recursos humanos en salud.

El gasto variable en recursos humanos creció durante los años 2010-2011 en 25.15%, sin embargo, con una tendencia decreciente en el período 2011-2014; mostrando el mayor decrecimiento durante el 2011-2012 que fue de -21.71%, que corresponde a -181, 285,507.00 millones de lempiras y el menor decrecimiento observado fue entre 2012-2013 de -0.64%equivalente a -4, 154,858.00 millones de lempiras.

El gasto fijo en RHS creció en el período 2010-2012 y muestra una tendencia al decrecimiento a partir de los años 2012-2013 de -3.24% correspondiendo a 171, 711,200.00 millones de lempiras y de -1.82% equivalente a 96, 219,931.00 millones de lempiras, entre 2013 a 2014.

El gasto fijo como proporción del gasto total de recursos humanos en salud se incrementó en el período 2012 y 20014. Y el gasto variable decreció como proporción del gasto total en RHS. Sin embargo, el gasto fijo se incrementó en millones constantes de lempiras en el periodo 2010-2012.

En el gasto fijo las contribuciones de INJUPEN decrecieron entre los años 2010-2012 y experimentan un crecimiento entre el 2012-2014. Las contribuciones al Seguro Social aparecen registradas en el gasto fijo a partir del año 2013, mostrando un crecimiento en el período 2013-2014.

En la composición del gasto de los RHS se observó que la mayor inversión se concentra en el recurso humano administrativo y de oficios, seguido del tipo de

auxiliares de enfermería y médicos generales. Reflejo de la inequidad en la distribución del gasto en recursos humanos en salud de la institución, además evidencia que la prestación de servicios está concentrada en el recurso tipo auxiliares de enfermería para atender a la población más postergada, tanto con la atención clínica, como para las intervenciones de promoción, prevención, que representa una exigencia mayor a la formación de este tipo de recurso.

Como factores importantes identificados en la evolución del gasto de RHS de la SESAL en comparación con el gasto total en salud de la institución, se encuentran: la promulgación del PCM 27-2008 que manda a partir de septiembre 2008 aprobar un ajuste salarial para los empleados públicos de la Administración Central.

La realización de concursos de plazas de médicos y enfermeras en el período 2009 – 2010 probablemente también explique el comportamiento en el gasto hasta el año 2011, la no realización de concursos que impero a partir del 2010 en el período de estudio; el congelamiento de plazas, la salida de personal por cesantía, durante ese período, además se dejaron de pagar bonificaciones y cesantías porque no fueron contempladas en el presupuesto, como también, se dejó de pagar en el año 2013 por parte de SEFIN los incrementos salariales de los empleados con estatutos.

Los datos evidencian que las contribuciones del Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones (INJUPEN) tuvieron un decrecimiento entre los años

2010-2012, y las contribuciones al Seguro Social aparecen registradas a partir del año 2013 al 2014 del período de estudio. Se mencionan entre otros factores las modificaciones vía decreto que existieron del grupo 100 hacia otros rubros, y aspectos probablemente ligados a la programación del gasto en RHS.

Como factores externos presentes durante los años 2009-2014, se encuentran el impacto en la economía de Honduras en el 2009, debido a la fragilidad del entorno económico externo precario, ocasionado por la crisis económica mundial a partir del último trimestre del año 2008; así como, la crisis política interna del país durante el año 2009.

Aun cuando se impulsó una plataforma a nivel internacional para promover políticas, planes y proyectos para el desarrollo del RHS a nivel de países, a nivel subregional y regional desde el Llamado de la Acción de Toronto (2005), así como, suscitar el interés por nuevos mecanismos de financiamiento a lo largo de la década, persistieron las medidas de racionalización del GRHS con la reducción de la masa salarial:

Se evidencian como limitantes del financiamiento en RHS, las medidas tanto del Fondo Monetario Internacional y de la política presupuestaría del país para la reducción del déficit fiscal; mediante el control estricto del gasto, especialmente con la reducción de la masa salarial, reflejado en lineamientos de la política presupuestaria sobre empleo y salario, que estableció estabilizar la planilla como cifra máxima a los mismos niveles de empleo registrados en el 2014, y como

meta para el año 2015, una masa salarial de la Administración Central respecto al PIB de 9.1% como nivel máximo, con una propuesta de reducción para los próximos años hasta alcanzar el 8.1% con respecto al PIB en el año 2018.

Un elemento importante que limita el proceso de diálogo ante finanzas y la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social para la definición del financiamiento en RHS es no contar con un sistema de información en materia de recursos humanos de la institución, ni del sistema nacional de salud, que facilite la recolección metódica y sistemática de datos e información pertinente para el análisis y la toma de decisiones en base a evidencia en este campo.

Se considera como factor limitante en el análisis de la evolución del gasto de recursos humanos en salud de la SESAL, la carencia de bases de datos disponibles con las variables y el nivel de desagregación requerido para dar seguimiento a la fuerza laboral, problemas en la consistencia de las diferentes fuentes de datos en RHS; así como, la necesidad de contar con procedimientos normalizados para clasificar los RHS de acuerdo a su funcionalidad y formación, y procedimientos de estimación de los equivalentes a tiempo completo en los diversos grupos de trabajadores sanitarios.

Diversas áreas de interés para la formulación de políticas, planes estratégicos, proyectos, definición de mecanismos de financiamiento pueden exigir un desglose específico de las estimaciones del gasto en recursos humanos en salud

o análisis suplementarios que los métodos normalizados de elaboración de las cuentas nacionales o de salud no contemplan.

Para la disponibilidad de financiamiento del recurso humano en salud se considera el espacio fiscal para la generación de nuevos recursos económicos, tanto la OMS como la OPS en el informe sobre la salud en el mundo 2006, y en el documento espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público de la región de las américas 2015, y la GHWA 2009, coinciden en que no se trata de formas de aumentar el superávit fiscal, si no de evaluar nuevas fuentes de financiamiento para cubrir el gasto en salud, el gasto en RHS y la necesidad de ampliar la cobertura y acceso universal a la salud.

En la revisión documental se encuentran dos elementos importantes, propuestos para aumentar y mejorar el financiamiento en RHS; el conocimiento del espacio fiscal, y la disponibilidad de mecanismos efectivos de financiamiento del empleo de la fuerza de trabajo en salud, tanto para las instancias normativas mundiales y socios de desarrollo, así como para las instancias normativas a nivel de país; como oportunidad para utilizar los análisis del espació fiscal y las brechas en materia de RHS como evidencias en las negociaciones de la asignación de presupuesto en el tema.

El comportamiento del gasto total en salud de los recursos humanos de la SESAL en comparación al gasto total de salud de la institución, podría deberse a la

necesidad de un proceso adecuado de planificación estratégica y presupuestaria de los recursos humanos en el periodo de estudio.

La composición del gasto de RHS refleja el proceso no planificado de los mismos y se observa en que la mayor proporción del personal se concentra en los administrativos y oficios, seguido del personal auxiliar de enfermería. Además se evidencia en la brecha de la distribución geográfica del gasto de recursos humanos en salud de la SESAL, que se concentra en los polos de desarrollo del país, como ser la región departamental de Francisco Morazán y la de Cortés, donde se ubican también las dos regiones sanitarias metropolitanas la de Tegucigalpa del Distrito Central y la de San Pedro Sula, aspectos que limitan hacer efectivos los resultados esperados del alcance de la estrategia de acceso y cobertura universal de salud de la población, debido a que existen poblaciones en zonas postergadas del país.

En la pasada década los planes nacionales de salud (2021 (año 2005), 2010-2014, 2014-2018), reflejan la preocupación por la carencia de políticas, planificación estratégica y por la gestión del desarrollo del recurso humano, que respondan al modelo de salud vigente y a las necesidades de la población. Sin embargo, a nivel institucional no han podido encontrarse evidencias de mecanismos para la planificación estratégica de los RHS, y aun cuando las unidades ejecutoras en la SESAL estiman las necesidades de recursos humanos,

estas no siempre son incorporadas debido al techo presupuestario asignado que limita el proceso para la incorporación de personal permanente y de contrato.

Los mecanismos para la planificación estratégica de RHS, representan un instrumento que permitiría realizar la estimación presupuestaria y la gestión financiera en materia de recursos humanos. Sin embargo, en los instrumentos de planificación revisados no hay evidencia de la priorización de dichos mecanismos.

Con el establecimiento de la Ley de una Visión de País 2010-2038 y la adopción de un Plan de Nación 2010-2022, como marco para la planificación del desarrollo económico, social y político del país; y de la planificación estratégica institucional, surge el plan estratégico de gobierno, en estos instrumentos se establece dentro de sus objetivos, lineamientos y resultados, alcanzar la cobertura universal de los servicios de salud de manera gradual. Se reconoce dentro del plan de gobierno que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, requiere la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial, en consonancia con lo enunciado en la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Sin embargo, aun cuando existe evidencia desde el Informe sobre la Salud en el Mundo año 2006, de que la densidad y calidad del RHS esta correlacionada con la cobertura de inmunizaciones, la reducción de la mortalidad materna e infantil, así como, el abordaje integral de enfermedades crónicas y del sistema

cardiovascular; y se ha declarado en varios de los documentos revisados que los problemas persistentes y emergentes en relación con la disponibilidad, la composición, la distribución y el desempeño de los recursos humanos de salud que constituyan obstáculos importantes al alcance, al acceso y cobertura universal de los servicios de salud con calidad y equidad, deben ser abordados la tendencia del gasto en recursos humanos en salud de la SESAL mostro decrecimiento en el periodo de estudio con relación al gasto total en salud y como proporción del PIB. .

Tanto la Visión de País, Plan de Nación y el Plan Estratégico de Gobierno no contemplan directrices en cuanto a la planificación estratégica del RHS; así mismo, no se encuentra evidencia en el Plan Estratégico Institucional de la SESAL, dentro de sus objetivos estratégicos, resultados e indicadores vinculados a la fuerza laboral para la consecución de lo planificado en materia de salud, tanto en su función rectora, como de provisión.

Con la promulgación de la Ley Marco de Protección Social (2014), se instruye a la Secretaría de Estado en los Despachos de Salud a elaborar el Plan Nacional de Salud, que deberá incorporar en materia de RHS dos componentes establecidos en el artículo 17 de dicha ley, referidos a la dotación del personal sanitario profesional en adecuada cantidad, calidad y pertinencia; y a la creación de un programa nacional de formación, capacitación y actualización del recurso humano en salud. Así mismo, se incorpora en la ley del Sistema Nacional de

Salud (actualmente en borrador) un capitulo relacionado al desarrollo del recurso humano en salud.

En este punto resulta importante lo afirmado por Lacunza (2007), en cuanto a que los desajustes en materia de recursos humanos del sector salud demandan adecuada planificación, considerando que desde el punto de vista de una agenda política y social, la relevancia de este tema es vital en el campo sanitario, y planificar los recursos humanos que la función pública demanda de acuerdo a las necesidades sociales, es condición sine qua non para cualquier Estado que aspira a intervenir previendo problemas potenciales, optimizando los recursos financieros disponibles, y ante todo mejorando la calidad de vida de la población.

La planificación del recurso humano en salud desde la perspectiva de ciclo de vida laboral, propuesto por la OMS en el Informe sobre Salud en el Mundo 2006, centrado en la definición de políticas y estrategias a partir de la dinámica del personal sanitario en cada una de las etapas del ciclo: la entrada (o reentrada) de las personas en la fuerza laboral, el periodo de sus vida en el que forman parte de ella y el momento en el que la abandonan, podría ser una guía útil para un proceso ordenado de planificación estratégica del RHS, acorde al modelo de salud vigente y a las necesidades de la población; y constituir un instrumento para gestionar y presupuestar activamente cada una de las etapas del ciclo de vida laboral.

Al realizar el análisis del gasto en recursos humanos se encuentra que la planificación estratégica en salud y los resultados de salud no están vinculados a una planificación estratégica de RHS ni a indicadores de inversión. Así mismo, se evidencia la carencia de directrices específicas para descomponer el conjunto completo de estimaciones de los costos del RHS a través de las etapas del ciclo de vida laboral.

El no contar con un mecanismo eficiente de costeo de los servicios de salud también limita el proceso de costeo de los RHS.

Estudios realizados por la OMS, brindan información sobre la existencia de planes y mecanismos de planificación, en un buen número de países en crisis de recursos humanos en salud, pero, estos no revelan si las inversiones siguen la planificación y si son adecuadas y realistas. (Dayrit, M., Dolea, C.,Dreesch, N., 2011).

La capacidad rectora, de gobernanza y de gestión de la autoridad sanitaria nacional en materia de inversión en recursos humanos en salud, es esencial para el alcance del acceso y cobertura universal de salud de la población. Sin embargo, persisten brechas en la dotación por tipo de recursos humanos, por servicio de salud, distribución geográfica y su financiamiento; la desarticulación estratégica y operativa de los RHS de los resultados sanitarios y del presupuesto en cada etapa del ciclo de vida laboral. Así como, la carencia de un sistema de información que facilite la disponibilidad de datos, mediciones y un conjunto

básico de indicadores para el seguimiento de la inversión y desarrollo del recurso humano en salud.

El análisis del espacio fiscal, de las brechas en materia de RHS y de mecanismos efectivos de financiamiento del empleo de los recursos humanos en salud, es propuesta desde el 2006 en el Informe sobre la Salud en el Mundo, además por la Alianza Global para los recursos humanos en salud (2009), y la OPS (2015), como parte de las evidencias para argumentar ante las instancias financieras la movilización de fondos en el tema.

La Organización Panamericana de la Salud demuestra en base a evidencias y a una serie de análisis que existe la posibilidad técnica de generar espacio fiscal, por lo que la responsabilidad recae en la voluntad política de hacerlo. La literatura revisada tanto a nivel de las propuestas internacionales, regionales y documentos de políticas y de planificación del país reconocen que se requiere la definición de políticas, directrices y acciones con un enfoque multisectorial para abordar el gasto y financiamiento en RHS de forma eficiente, como parte del alcance del acceso y cobertura universal de la salud de la población.

Se afirma que para poder introducir las reformas oportunas en materia de RHS, tanto dirigentes políticos, como los donantes y los gobiernos deben considerar la fuerza de trabajo como una inversión para contribuir al logro del acceso y cobertura universal en salud y no solo un gasto de consumo en el presupuesto que haya de reducir al mínimo. La información revisada orienta hacia un proceso

planificado que guie la formulación de políticas y planes de acción en materia de recursos humanos en salud y su financiamiento.

VIII. RECOMENDACIONES

Un aspecto importante en el análisis de los recursos humanos en salud, es la necesidad de la recolección metódica y sistemática de datos e información. Al no disponer de registros completos y actualizados y accesibles del gasto en RHS, la autoridad sanitaria es decir la Secretaría de Salud, deberá conducir y adoptar medidas progresivas que permitan avanzar hacia la integración de un sistema de información en RHS, para descomponer un conjunto completo de estimaciones de los costos laborales sanitarios, en cada una de las etapas del ciclo de vida laboral. Esto para guiar la formulación de políticas, la toma de decisiones presupuestarias, la gestión y la rendición de cuentas basadas en pruebas científicas para respaldo.

Se deberá fortalecer el sistema de información de RHS, para generar evidencias y argumentos en el campo del financiamiento de los recursos humanos en salud como fundamento de dialogo con las instancias de planificación y financiamiento elemento clave para contribuir al funcionamiento del sistema de salud.

Tomando en cuenta que los RHS tienen un rol preponderante para alcanzar el acceso y cobertura universal en salud, es necesario establecer prioridades de investigación en materia de recursos humanos para la salud, como una estrategia para reorientar los esfuerzos de políticas, financiación, gestión y organización social en este campo.

Es importante reconocer que el análisis del gasto en RHS debe ser visto como una inversión y no ser únicamente evaluado en términos monetarios, sin tomar en cuenta otras variables de interés, dotación en el servicio, por competencias, por aspectos geográficos, epidemiológicos, por resultados sanitarios, por las necesidades del modelo de salud vigente basado en atención primaria, y tomando en cuenta los procesos enmarcados en el ciclo de vida laboral. Y deberá incluirse por la autoridad sanitaria nacional en los estudios de gasto y financiamiento en salud, el análisis de la evolución del gasto de recursos humanos en salud.

Tanto la evolución del gasto en recursos humanos en salud de la SESAL, así como la composición del gasto en RHS de la institución por tipo de puesto en el periodo estudiado refleja el proceso no planificado de la fuerza laboral institucional y evidencia la inequidad en la distribución del gasto en recursos humanos en salud de la institución.

El gasto en recursos humanos no debe ser considerado solo un gasto de consumo en el presupuesto, si no, como una inversión para el desarrollo de recursos humanos, que debe realizarse a través de un proceso planificado para abordar los problemas persistentes y emergentes en relación con la disponibilidad, la composición, la distribución y el desempeño de los recursos humanos de salud que constituyan obstáculos importantes al alcance del acceso universal a servicios de salud con calidad y equidad.

Para enfrentar los desajustes en RHS la perspectiva de planificación desde el ciclo de vida laboral es una opción válida para implementar un proceso ordenado de la planificación estratégica del desarrollo del recurso humano, a partir de cada etapa del ciclo. En la etapa de entrada la planificación estratégica del desarrollo del RHS, se debe orientar la preparación del personal mediante inversiones estratégicas en formación y práctica de contrataciones eficaces y éticas, procesos educativos en concordancia al modelo de salud vigente, a los procesos de dotación, reclutamiento y selección del personal pertinente.

La etapa de vida laboral del RHS se ha de planificar para la mejora de la disponibilidad, accesibilidad y el desempeño de los mismos, a través de fortalecer una gestión para la motivación y retención del personal de salud, mejorar el acceso a los recursos humanos en salud competentes en zonas remotas y rurales.

Otro aspecto importante de esta propuesta de la OMS es la gestión de la etapa de salida, con la planificación de intervenciones para hacer frente a la pérdida del RHS sea por cesantías, enfermedad, muerte y migración factores que pueden ser en cierta medida controlados y previstos, Además de prever el relevo generacional acorde a las necesidades epidemiológicas, demográficas, al modelo de salud vigente y las necesidades que demanda la población.

En base a lo antes mencionado es pertinente incorporar y vincular la planificación estratégica de los RHS desde la perspectiva del ciclo de vida laboral, a los

resultados sanitarios y al proceso de presupuestación, a fin de gestionar el financiamiento necesario y de manera eficiente en cada una de las etapas del ciclo.

También se ha de elaborar la normativa, y directrices específicas para los procesos de planificación estratégica, presupuestación y gestión del RHS.

Es importante reconocer que no contar con un mecanismo eficiente de costeo de los servicios de salud, limita el proceso de costeo de los recursos humanos en salud; sin embargo, se debe avanzar en la elaboración de las directrices específicas para descomponer el conjunto completo de estimaciones de los costos del RHS a través de las etapas del ciclo de vida laboral.

La Autoridad Sanitaria Nacional está llamada a establecer a través de la instancia de conducción de los RHS un conjunto básico de indicadores, para el seguimiento del gasto de RHS, la equidad y la eficiencia de ese gasto, así como, otros indicadores que den cuenta del desarrollo del RHS en todas las etapas del ciclo de vida laboral.

Para el seguimiento del gasto de recursos humanos en salud se sugiere revisar y adoptar y adaptar los indicadores propuestos por la Organización Mundial de la Salud, La agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo y el Banco Mundial que consiste en seis indicadores básicos referidos al monto total del gasto en personal sanitario, al monto relativo, y a su distribución. El total se presenta en

cifras absolutas y per cápita, especificando unas unidades monetarias de utilidad para las comparaciones, los indicadores son los siguientes:

1. Gasto en RHS, total y per cápita (en unidades monetarias nacionales, en dólares estadounidenses y en dólares internacionales).
2. Gasto en RHS como proporción del gasto total en salud
3. Gasto en RHS como proporción del producto interior bruto o el ingreso nacional bruto.
4. Gasto gubernamental en RHS como porcentaje del gasto del gobierno general en salud.
5. Gasto gubernamental en RHS como porcentaje del gasto renovable del gobierno general en salud.
6. Desglose del gasto en RHS por:

e. Lugar de trabajo: hospitales, centros de atención ambulatoria, oficinas de salud pública, etc.
f. Sector: público, privado con fines de lucro, privado sin fines de lucro
g. Situación en el empleo: asalariados regulares, trabajadores autónomos.
h. Función ocupacional: proveedores de servicios de salud (atención directa a los pacientes), personal administrativo y auxiliar del sistema de salud.

Además, sugieren que un conjunto de indicadores adicionales que podrían ser utilizados para fines de supervisar la equidad y la eficiencia del gasto en recursos humanos en salud, detallar el gasto en personal para determinadas áreas de servicios o programas, o identificar dónde se originan escaladas de costes. Entre

una amplia gama de posibilidades, a menudo complementadas con otros tipos de datos sobre el desempeño del sistema de salud, como ser:

- Gasto en recursos humanos en salud por nivel de capacitación y especialización de los trabajadores sanitarios, por ejemplo, médicos, enfermeros, parteros, farmacéuticos, trabajadores comunitarios de salud, conductores de ambulancia;
- Gasto en recursos humanos en salud por áreas de servicios o tipos de intervenciones sanitarias, como trabajadores que prestan servicios de salud mental o que asisten partos;
- Ingresos medios de los trabajadores sanitarios, como ser, ingresos por hora, semanales o mensuales por salarios, honorarios por ejercicio o beneficios empresariales.

La estrategia mundial de recursos humanos para la salud 2030, aborda las necesidades esenciales de datos, mediciones y rendición de cuentas para fundamentar la elaboración, aplicación, vigilancia, evaluación de repercusiones y actualización continua de las estrategias relativas a los RHS a nivel local, nacional y mundial, considerando que la mejora de la calidad de los datos e información en materia del personal sanitario pueden ser utilizadas además para influir en las decisiones programáticas relacionadas con la estrategia del acceso y cobertura universal de salud, así como la búsqueda de financiamiento enmarcadas en el ciclo de vida laboral.

La literatura revisada sobre la disponibilidad de financiamiento para recursos humanos en salud evidencia un consenso en la creación de espacio fiscal, para la generación de recursos adicionales que procedan de nuevas y diversas fuentes de financiamiento para cubrir el gasto en salud, el gasto en RHS y la necesidad de ampliar la cobertura y acceso universal a la salud.

Por lo anterior, se deben construir las capacidades en el conocimiento del espacio fiscal, para calcular y utilizar los análisis del espacio fiscal y las brechas en materia de RHS, así como, la disponibilidad de mecanismos efectivos de financiamiento del empleo de la fuerza laboral, por parte de las instancias de conducción de la autoridad sanitaria nacional (ASN) es decir la SESAL para que se pueda argumentar en base a evidencias ante las instancias financiadoras.

La OPS demuestra en base a evidencia y a una serie se análisis que existe la posibilidad técnica de generar espacio fiscal, por lo que la responsabilidad recae en la voluntad política de hacerlo; y propone diferentes fuentes potenciales de creación de espacio fiscal para la salud que podrían ser consideradas en las opciones de política, y las agrupa como sigue: i) creación de condiciones macroeconómicas favorables, ii) mayor priorización para la salud en el presupuesto público, iii) creación de nuevos ingresos fiscales a través de una mayor presión fiscal, iv) aumento en la eficiencia de la recaudación v) ayuda externa con préstamo y donaciones específicas para el sector salud.

La SESAL como autoridad sanitaria nacional, deberá fortalecer y mejorar la gobernanza y gestión eficiente de la inversión del gasto en salud y del gasto en RHS. Promover la integración intersectorial donde juegan un papel importante las instancias formadoras de recursos humanos en salud, en un contexto de reforma en que está inmerso el sistema nacional de salud, un nuevo desarrollo organizacional y funcional de la ASN, la conducción hacia un sistema nacional de salud pluralista e integrado, con un nuevo modelo nacional de atención, basado en atención primaria en salud, que privilegia esa estrategia como puerta de entrada al sistema de salud, donde se espera exista la capacidad resolutiva y gerencial ante las demandas y necesidades de la población de los servicios de salud, con un RHS capaz de brindar con calidad el conjunto de prestaciones por curso de vida.

Otro elemento en el fortalecimiento de la rectoría y gobernanza implicará colocar en la agenda política y social la importancia del recurso humano en salud, para el alcance del acceso y cobertura universal en salud; de tal forma que la SESAL como entidad rectora gestione los espacios de dialogo con la Secretaria de Coordinación de Gobierno, las instancias del Sector Salud, Secretaría de Finanzas, Cooperantes y Sociedad Civil, sobre el tema de la inversión en RHS y el acceso y cobertura universal de la salud, sobre todo, cuando Honduras también es signatario de la Agenda 2030 para el alcance de los objetivos de desarrollo sostenible.

El Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud (CONARHUS) como instancia consultiva de integración del sector salud en materia de RHS, conducida por la Secretaría de Salud, juega un rol muy importante en seguimiento de las políticas presupuestarias y medidas del fondo monetario internacional que impacten a la fuerza laboral en salud, así como, fortalecer los procesos de adopción de la agenda internacional y nacional que promuevan el desarrollo del RHS.

Promover la acción intersectorial en el país en torno a la “estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030” año 2016, adoptada en la 69 Asamblea Mundial de la Salud con la resolución WHA69.19, que incluye la aspiración de acelerar el logro de la cobertura universal de salud y los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) mediante la garantía del acceso universal de los trabajadores sanitarios. Reconociendo que el ODS 3 (“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades”) y las metas que incluye solo se lograran por medio de inversiones sustantivas y estratégicas en el personal sanitario y de un cambio sustancial en la planificación, la educación, la distribución, la fidelización, la gestión y la remuneración del personal sanitario.

Así mismo, insta a los asociados internacionales, regionales y locales y a las partes interesadas del sector salud y de otros sectores a brindar apoyo y contribuir con la aplicación de dicha estrategia.

Además, hace un llamado al Fondo Monetario Internacional, al Banco Mundial, a los bancos regionales de desarrollo y otras instituciones de financiación y préstamo a que adapten sus políticas macroeconómicas y sus criterios de inversión a la luz de la creciente evidencia de que las inversiones en planificación, la capacitación, el desarrollo, la contratación y la retención del recurso humano en salud propician el desarrollo económico y social y el logro de los ODS.

La OMS advierte que los recursos humanos sin otros insumos, incluyendo medicamentos y suministros, equipo funcional y supervisión adecuada entre otros no podrán desempeñar su rol de forma adecuada, es por ello que la ampliación del financiamiento de los recursos humanos en salud, sin financiación para otros bienes relacionados con salud podría no ser eficaz.

Por lo anteriormente expuesto las políticas eficaces en materia de RHS deben ser parte de la mejora del funcionamiento y el rendimiento de todo el sistema de salud.

Se debe tomar en cuenta, que si bien es cierto las políticas globales orientadas al desarrollo del RHS contribuyen a establecer el rumbo en los países, también es cierto que los procesos internos en el país, en el sistema de salud y en la autoridad sanitaria nacional, son los que mayormente determinaran el alcance de los objetivos en materia de recursos humanos, y dependerá de la voluntad política, la presencia de políticas que favorezcan la inversión y de una gobernanza y gestión eficaz, para lograr la expansión de la fuerza laboral y

contribuir al alcance de la cobertura y acceso universal a salud de la población con calidad y equidad.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Brito Quintana, E. P. (2000). Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health, 8*(1/2), 43-54.

Brito, P., Barría, M., Mercer, H., Navarro, P., Martínez, J., Davini, C. (septiembre de 2011). *Migraciones Profesionales La U-E, Oportunidades para el Desarrollo Compartido. Planificación de recursos humanos de salud*, 1-228. Granada, España: Entorno Gráfico, Atarfe, Granada. Obtenido de http://www.mpdc.es/mapas/mapas/otrosdocumentos/documentos/Manual/

Congreso Nacional. (Diciembre de 2009). Plan de Nación 2010- 2022/ Visión de País 2010-2038. Tegucigalpa, M. D.C, Honduras: Diario oficial la gaceta decreto 286-2009.

Congreso Nacional. (2 de Julio de 2015). *Ley marco de protección social. Diario la Gaceta, Decreto legislativo 56-2015(33771)*, 17-42. Tegucigalpa, D.C., Francisco Morazán, Honduras: E.N.A.G.

Congreso Nacional, d. l. (21 de Junio de 2004). Ley Organica de Presupuesto, Decreto 82-2004, La Gaceta. *(30,421)*, 1-19. Tegucigalpa. D.C., Francisco Morazán, Honduras.

Dayrit, M., Dolea, C.,Dreesch, N. (2011). Abordando la crisis de lso recursos humanos para la salud: ¿hasta dónde hemos llegado? ¿qué podemos esperar lograr al 2015?? *Peru Med Exp Salud Pública, 28*(2), 327-36. Obtenido de http://www.ins.gob.pe/rpmesp

Economic, O. f. (s.f.). *National accounts*. Paris. Obtenido de (http://www.oecd.org/std/national-accounts

Eurostat. (s.f.). ES95 core national accounts. Luxembourg. Obtenido de http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=2854,63497418,2854_63867997&dad=portal&_schema=PORTAL_

Fundación Mexicana para la Salud. (1998). *Cuentas nacionales de salud. Mexico*. Mexico. Obtenido de http://healthsystems2020.org/content/resource/detail/1323/

Garcia, H., Diaz, P., Ávila, D., Cuzco,M.,. (2015). La Reforma del SectorSalud y los recursos humanos en salud. *An Fac Med., 76*, 7-26. doi:doi: 10.15381/anales.v76i1.10966

International Monetary Fund. (2001). *Government finance statistics manual 2001*. Washington, DC, Estados Unidos de América. Obtenido de http://www.imf.org/external/pubs/ft/gfs/manual/pdf/all.pdf

Lacunza, B. (30 de Mayo de 2007). *Planificación de recursos humanos en salud: Algunos aportes a la cuestión. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.*, 1-59. Argentina. Obtenido de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.582/te.582.pdf

Lacunza, B. (30 de Mayo de 2007). *Planificación de recursos humanos en salud: Algunos aportes a la cuestión. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.*, 1-59. Argentina. Obtenido de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.582/te.582.pdf

Lacunza, B. (30 de Mayo de 2007). *Planificación de recursos humanos en salud: Algunos aportes a la cuestión. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de la Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación*, 1-59. Argentina. Obtenido de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.582/te.582.pdf

Ministerio de Salud Perú, CIES. (Marzo de 2008). *Cuentas Nacionales de Salud. Perú, 1995-2005*, 1-71. Lima, Perú: Ediciones Nova Print SAC. Obtenido de http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp

Ministerio de Salud Perú, CIES. (Marzo de 2008). *Cuentas Nacionales de Salud 1995-2005, 1*, 1-71. Lima, Perú: Ediciones Nova Print SAC. Obtenido de http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp

Monrroy, R. (Mayo de 2013). *Evolución del gasto y financiamiento estatal en la reforma del sector salud, 1990-2011 (Tesis te Postgrado). Universidad Nacional Autonoma de Honduras.*, 1-251. Tegucigalpa, Francisco Morazán, Honduras.

OCDE, BID. (2002). *Sistema de Cuentas de Salud*. Whashington, D.C., Estados Unidos de América.

OECD, Eurostat, OMS. (2008). *Joint OECD-Eurostat-WHO SHA data questionnaire*. Obtenido de http://www.oecd.org/health/sha/jointquestionnaire,

OECD, Eurostat, WHO. (2011). A System of Health Accounts (SHA). 1-525. Paris. doi:http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en

OMS. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud*, 1-219. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://www.who.int/whr/2006/es/

OMS. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud*, 1-219. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://www.who.int/whr/2006/es/

OMS. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006 : colaboremos por la salud : notas de orientación.*, 1-34. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://www.who.int/hrh/documents/policy_brief/es/

OMS. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006 : colaboremos por la salud: notas de orientación*, 1-34. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://www.who.int/hrh/documents/policy_brief/es/

OMS. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006 : colaboremos por la salud: notas de orientación.*, 1-34. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://www.who.int/hrh/documents/policy_brief/es/

OMS. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud*, 1-219. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://www.who.int/whr/2006/es/

OMS. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud*, 1-219. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://www.who.int/whr/2006/es/

OMS. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud*, 1-219. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://www.who.int/whr/2006/es/

OMS. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud*, 1-211. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://www.who.int/whr/2006/es/

OMS. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud*, 1-211. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://www.who.int/whr/2006/es/

OMS. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud*, 1-219. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://www.who.int/whr/2006/es/

OMS. (2006). Financiar el desarrollo del personal sanitario. *Informe sobre la salud en el mundo 2006: colaboremos por la salud: notas de orientación.*, 1-34. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://www.who.int/hrh/documents/policy_brief/es/

OMS. (2006). Financiar el desarrollo del personal sanitario. *Informe sobre la salud en el mundo 2006 : colaboremos por la salud: notas de orientación*, 1-34. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://www.who.int/hrh/documents/policy_brief/es/

OMS. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal.*, 1-144. Ginebra, Suiza. Obtenido de Http://www.who.int/whr/2010/es/

OMS. (29 de Abril de 2016). *Proyecto de estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud.*, 1-9. Washington, Estaods Unidos de América. Obtenido de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_38-sp.pdf

OMS, BM, USAID. (2004). http://www.who.int/nha/docs/Spanish%20Guide.pdf. *Guía del productor de cuentas*, 1-356. Ginebra, Suiza. Recuperado el 2016

OMS, BM, USAID. (2005). Cuadro de cuentas nacionales de salud . *Guía del productor de cuentas nacionales de salud, con aplicaciones especiales para los paises deingresos medios y bajos*, 1-356. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://www.who.int/nha/docs/Spanish%2Guide.pdf

OMS, BM, USAID. (2005). Prefacio. *Guía del productor de cuentas nacionales de salud, con aplicaciones especiales para los paises de ingresos medios y bajos,*, 1-356. Ginebra, Suiza. Obtenido de htt://www.who.int/nha/docs/Spanish%2Guide.pdf

OMS, Dal Poz, M., Gupta, N., Quain, E., Soucat, A. (2009). Seguimiento y Evaluación de los recursos humanos en salud: retos y oportunidades. *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*, 1-194. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44187/1/9789243547701_spa.pdf

OMS, Dal, M., Gupta,N., Quain, E., Soucat, A. (2009). Seguimiento y evaluación de los recursos humanos en salud: retos y oportunidades. *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud.*, 3-13. Ginebra, Suiza.

OMS, GHWA. (2008). Financing and Economic Aspects of Health Workforce Scale-up and Improvement: Framework Paper. Geneva, Switzerland. Obtenido de http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/taskforces/frameworkpaper.pdf?ua=1

OMS, GHWA. (2009). *Qué Pueden Hacer Los Países Ahora: Veintinueve Acciones para Expandir y Mejorar los Recursos Humanos en Salud, Octubre 2008.*, 1-24. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/taskforces/actionpaper.pdf?ua=1

OMS, GHWA. (2009). Qué Pueden Hacer Los Países Ahora: Veintinueve Acciones para Expandir y Mejorar los Recursos Humanos en Salud. 1-24. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/taskforces/actionpaper.pdf?ua=1

OMS, Global Health Workforce Alliance. (2009). *Financing and Economic Aspects of Health Workforce Scale-up and Improvement: Framework paper: Alliance financing task force, October 2008.*, 1-76. Geneva, Switzerland. Obtenido de http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/taskforces/frameworkpaper.pdf?ua=1

OMS, Global Health Workforce Alliance. (Octubre de 2009). Financing and economic aspects of health workforce scale-up and improvement: framework paper: Alliance financing task force, October 2008. 1-76.

Geneva, Switzerland. Obtenido de http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/taskforces/frameworkpaper.pdf?ua=1

OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D. (2009). Medición del gasto en el personal sanitario: conceptos y fuentes de datos y métodos. *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud*, 1-194. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44187/1/9789243547701_spa.pdf

OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D. (2009). Medición del gasto en personal sanitario: concepptos, fuentes de datos y métodos. *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud*, 73-90. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44187/1/9789243547701_spa.pdf

OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D. (2009). Medición del gasto en personal sanitario: conceptos, fuente de datos y métodos. *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*, 1-194. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44187/1/9789243547701_spa.pdf

OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D. (2009). Medición del gasto en personal sanitario: conceptos, fuente de datos y métodos. *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*, 1-194. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44187/1/9789243547701_spa.pdf

OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D. (2009). Medición del gasto en personal sanitario: conceptos, fuentes de datos. *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*, 73-90. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44187/1/9789243547701_spa.pdf

OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D. (2009). Medición del gasto en personal sanitario: conceptos, fuentes de datos y métodos. *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con*

aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos, 1-194. Ginebra, Suiza.

OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D. (2009). Medición del gasto en personal sanitario: conceptos, fuentes de datos y métodos. *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*, 73-90. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44187/1/9789243547701_spa.pdf

OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D. (2009). Medición del gasto en personal sanitario: conceptos, fuentes de datos y métodos. *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaiones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*, 73-90. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44187/1/9789243547701_spa.pdf

OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D. (2009). Medición del gasto en personal sanitario: conceptos, fuentes de datos y métodos. *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*, 73-90. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44187/1/9789243547701_spa.pdf

OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D. (2009). Medición del gasto en personal sanitario: conceptos, fuentes de datos y métodos. *Manual de Seguimiento y Evaluación de los Recursos Humanos para la Salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*, 73-90. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44187/1/9789243547701_spa.pdf

OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D. (2009). Medición del gasto en personal sanitario: conceptos, fuentes de datos, y métodos. *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*, 73-90. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44187/1/9789243547701_spa.pdf

OMS, Hernández, P., Torres, T., Evans, D. (2009). Medición del gasto en personalsanitario: conceptos, fuentes de datos y métodos. *Manual de*

seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos, 73-90. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44187/1/9789243547701_spa.pdf

OMS, USAID, BM. (2004). Definición y categorización del gasto en salud. *Guía del Productor de cuentas nacionales de salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios.*, 1-356. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://www.who.int/nha/docs/Spanisish%20Guide.pdf

OMS,GHWA. (2009). *Financing and economic aspects of health workforce scale-up and improvement: framework paper: Alliance financing task force, October 2008.*, 1-76. Geneva, Switzerland. Obtenido de http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/taskforces/frameworkpaper.pdf?ua=1

OMS,GHWA. (2009). *Qué Pueden Hacer Los Países Ahora: Veintinueve Acciones para Expandir y Mejorar los Recursos Humanos en Salud, Octubre 2008.*, 1-24. Ginebra, Zuiza. Obtenido de http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/taskforces/actionpaper.pdf?ua=1

OPS. (Diciembre de 2015). *Espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la Región de las Américas*, 1-32. Washington, D.C., Estados Unidos de América. Obtenido de http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange-documents/informacion-tecnica/41-espacio-fiscal-para-el-aumento-de-la-prioridad-de-salud-en-el-gasto-publico-en-la-region-de-las-americas/file

OPS. (Diciembre de 2015). *Espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la Región de las Américas.*, 1-32. Washington, D.C., Estados Unidos de América. Obtenido de http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange-documents/informacion-tecnica/41-espacio-fiscal-para-el-aumento-de-la-prioridad-de-salud-en-el-gasto-publico-en-la-region-de-las-americas/file

OPS. (8 de Septiembre de 2015). *Metas regionales en materia de recursos Humanos para la salud 2007-2015: Informe final. 54.o Consejo Directivo. 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre 2015*, 1-13. Washington, D.C., Estados

Unidos de América. Obtenido de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28426/CD54-INF-1-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y

OPS. (8 de septiembre de 2015). *Metas regionales en materia de recursos Humanos para la salud 2007-2015: Informe final. 54.o Consejo Directivo. 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre 2015*, 1-13. Washington, D.C., Estados Unidos de América. Obtenido de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28426/CD54-INF-1-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y

OPS. (Diciembre de 2015). *Espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la Región de las Américas*, 1-32. Washington, D.C., Estados Unidos de América. Obtenido de http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange-documents/informacion-tecnica/41-espacio-fiscal-para-el-aumento-de-la-prioridad-de-salud-en-el-gasto-publico-en-la-region-de-las-americas/file

OPS. (Diciembre de 2015). *Espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la Región de las Américas*, 1-32. Washington, D.C., Estados Unidos de América. Obtenido de http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange-documents/informacion-tecnica/41-espacio-fiscal-para-el-aumento-de-la-prioridad-de-salud-en-el-gasto-publico-en-la-region-de-las-americas/file

OPS. (Diciembre de 2015). Espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la Región de las Américas. 1-29. Washington, Estados Unidos de América. Obtenido de http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange documents/informacion-tecnica/41-espacio-fiscal-para-el-aumento-de-la-prioridad-de-salud-en-el-gasto-publico-en-la-region-de-las-americas/file

OPS, Ministerio de Salud de Canadá; Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario. (4-7 de Octubre de 2005). *Llamado a la Acción de Toronto, 2006-2015: Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud*, 1-9. Toronto, Ontario, Canadá. Obtenido de

http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_desafios_toronto_2005.pdf

OPS, Borrel, M. (2007). Los desafios de la decada 2006-2015. *Recursos humanos en salud de la Organización Panamericana de la Salud: origenes y evolución(1-101)*. Washington, D.C., Estados Unidos de América. Obtenido de http://www.observarh.org.br/nesp/sistema/banco/20071105040509_ops_rh.pdf

OPS, Ministerio de Salud de Canadá; Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario. (4-7 de octubre de 2005). *Llamado a la acción de Toronto, 2006-2015: Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas.Séptima Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud*, 1-9. Toronto, Ontario, Canadá. Obtenido de http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_desafios_toronto_2005.pdf

OPS, Ministerio de Salud de Canadá; Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario. (4-7 de octubre de 2005). *Llamado a la acción de Toronto, 2006-2015: Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas.Séptima Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud*, 1-9. Toronto, Ontario, Canadá. Obtenido de http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_desafios_toronto_2005.pdf

OPS, Ministerio de Salud de Canadá; Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario. (4-7 de Octubre de 2005). *Llamado a la acción de Toronto, 2006-2015: Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas.Séptima Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud*, 1-9. Toronto, Ontario, Canadá. Obtenido de http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_desafios_toronto_2005.pdf

OPS, Ministerio de Salud de Canadá; Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario. (4-7 de 0ctubre de 2005). LLamado a la Acción de Toronto, 2006-2015: Hacia una década de

Recursos Humanos en Salud para las Américas. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. 1-9. Toronto, Ontario, Canadá. Obtenido de http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_desafios_toronto_2005.pdf

OPS, OMS. (1 de octubre de 2004). *45.° Consejo Directivo de la OPS, 56. Sesión del Comité Regional; del 27 de septiembre al 1 de octubre de 2004*, 1-2. Washington, D.C., Estados Unidos Americanos. Obtenido de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/254/CD45.r9-s.pdf?sequence=2

OPS, OMS. (2 de octubre de 2014). *53.° Consejo Directivo. Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. 66 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Americas, del 29 de septiembre al 3 deoctubre, 2014*, 1-17. Washington, D.C., Estados Unidos.

OPS, OMS. (1-5 de Octubre de 2007). *Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas*, 1-13. Washington, D.C., Estados Unidos de América. Obtenido de http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27.r7-s.pdf.

OPS,OMS. (2 de octubre de 2014). *53.° Consejo Directivo. Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. 66. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas*, 1-17. Washington, D.C., Estados Unidos de América.

OPS,OMS. (2 de Octubre de 2014). *53.° Consejo Directivo. Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. 66. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas*, 1-17. Washington, D.C., Estados Unidos de América.

OPS,OMS. (2 de Octubre de 2014). *53° Consejo Directivo. Estrategia para el Acceso Universal y la Cobertura Universal de Salud. 66. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre, 2014*, 1-17. Washington, D.C., Estados Unidos de América.

OPS,OMS. (7 de octubre de 2014). 53° Consejo Directivo. Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. 66.

Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre 2014. 1-17. Washington, D.C., Estados Unidos de América.

OPS,OMS. (2 de octubre de 2014). 53° Consejo Directivo. Estrategia para el Acceso Universal y la Cobertura Universal de Salud. 66. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre 2014. 1-17. Washington, D.C., Estados Unidos de América .

OPS/OMS. (1 de Octubre de 2004). 45,° Consejo Directivo de la OPS, 56. Sesión del Comité Regional, del 27 de septiembre al 1 de octubre de 2004. 1-2. Washington D.C., Estados Unidos de América. Obtenido de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/254/CD45.r9-s.pdf?sequence=2

OPS/OMS. (2 de 0ctubre de 2014). *53° Consejo Directivo. Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. 66. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre, 2014*, 1-17. Washington, D.C., Estados Unidos de América.

OPS/OMS. (2 de Octubre de 2014). 53 Consejo Directivo. Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud. 66 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. 1-17. Whasington, Estados Unidos de América.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2000). *A System of Health Accounts*. Paris. Obtenido de http://www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud.* Ginebra. Obtenido de http://www.who.int/whr/2006/es/index.html

Pan American Health Organization. (2005). *Satellite health account (SHA) manual, version 1.* Washington, DC,, Estados Unidos de Norte América. Obtenido de (http://www.paho.org/english/dpm/shd/hp/satellite-health-account-manual-fin05.pdf

Presidencia de la República. (2014). Plan de todos para una vida mejor 2014-2018. 1-24. Tegucigalpa D.C, Francisco Morazán, Honduras.

Presidencia de la República de Honduras. (2014). *Plan Estrategico de gobierno 2014- 2018.* Tegucigalpa D.C.

Presidencia República. (2014). Plan de todos para una vida mejor 2014-2018. Tegucigalpa D.C, Francisco Morazán, Honduras.

Presidente de la República en Consejo de Ministros. (11 de Noviembre de 2008). Decreto Ejecutivo Número PCM 27-2008. *(31,758)*. Tegucigalpa, D.C., Francisco Morazán, Honduras: ENAG.

Rovere, M., OPS. (2006). Planificación estratégica de recursos humanos en salud. *2ed.*, 39-40. Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Rovere, M., OPS. (2006). Planificación estratégica de recursos humanos en salud. . *2ed.* . Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Salud, S. d. (Diciembre de 2005). *Plan Nacional de Nacional de Salud 2021*, 70-71. Teucigalpa, M.D.C., Francisco Morazán, Honduras.

Salud, S. d. (Diciembre de 2005). Propuestas estrategicas. *Plan Nacional de Salud, 2021*, 72-73. Tegucigalpa, M.D.C., Francisco Morazán, Honduras.

Salud, S. d. (junio de 2010). *Plan Nacional de Salud, 2010-2014*, 18. Tegucigalpa, D.C., Honduras.

Salud, S. d. (junio de 2010). *Plan Nacional de Salud 2010-2014*, 18. Tegucigalpa, M.D.C., Francisco Morazán, Honduras.

Salud, S. d. (2010). Plan Nacional de Salud, 2010-2014. 18. Tegucigalpa, D.C., Francisco Morazán, Honduras.

Salud, S. d. (Junio de 2014). *Plan Nacional de Salud 2014-2018*, 1-29. Tegucigalpa, M.D.C., Francisco Morazán, Honduras.

Salud, S. d. (2014). Clasificador Objeto del Gasto. (G. Administrativa, Ed.) Tegucigalpa, D.C., Francisco Morazán, Honduras.

Salud, S. d. (Dicembre de 2014). Estudio de gasto y financiamiento en salud, 2011. 1-86. (S. Gráfico, Ed.) Tegucigalpa, D.C., Francisco Morazán , Honduras.

Salud, S. d. (Junio de 2014). Plan Estrategico Institucional, 2014-2018. 19. Tegucigalpa, D.C., Francisco Morazán, Honduras.

Salud, S. d. (Diciembre de 2014). Presentación. *Plan Nacional de Salud 2014-2018*, 1-29. Tegucigalpa, M.D.C., Francisco Morazán, Honduras,.

Salud., S. d. (Diciembre de 2014). Plan Estrategico Institucional 2014-2018. 1-104. Tegucigalpa, D.C., Francisco Morazán, Honduras.

Secretaría de Estado de Coordinación de Gobierno, P. d. (Junio de 2016). *Plan Estrategico de Gobierno 2014-2018. "El Plan de Todos para una Vida Mejor"*, 1-52. Tegucigalpa M.D.C., Honduras. Obtenido de www.scgg.gob.hn/content/plan-estratégico-de-gobierno-2014

Secretaria de Finanzas, H. (julio de 2009). Politica Presupuestaria para el ejercicio Fiscal 2009. 1-84. Tegucigalpa D.C., Francisco Morazán, Honduras. Obtenido de http:/www.sefin.gob.hn/data/2009/DGP/PresupuestoAprobado2009/principal.html

Secretaría de Finanzas, H. (2015). *Política Presupuestaria Plurianual 2015-2018.* Francisco Morazán. Tegucigalpa, D.C.: SEFIN.

Secretaría de Salud. (Diciembre de 2014). *Estudio de gasto y financiamiento en salud, 2011*, 1-86. Tegucigalpa, D.C., Francisco morazán, Honduras: Spacio Gráfico.

Secretaría de Salud. (Diciembre de 2014). Estudio de Gasto y Financiamiento en Salud 2011. 1-86. Tegucigalpa D.C., Francisco Morazán, Honduras: Spacio Gráfico.

Secretaría de Salud. (Abril de 2015). Lineamientos de Programación Presupuestación. Tegucigalpa D.C., Francisco Morazán, Honduras.

Secretaría de Salud, SEFIN. (10 de julio de 2015). Ejecución del Presupuesto de Egresos por fuente de Financiamiento de la Secretaría de Salud. Gestión 2009-2014, SIAFI . Tegucigalpa, D.C., Francisco Morazán, Honduras.

SEFIN. (10 de julio de 2015). Ejecución del Presupuesto de egresos por fuente de financiemiento, Gestión SIAFI 2009-2014 . Tegucigalpa, Francisco Morazán, Honduras.

Tandon, A., & Cashin, C. World,B. (Febrero de 2010). *Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective. Health, Nutrition*

and Population (HNP) Discussion Paper,, 1-84. Washington, D.C., Estados Unidos de América. Obtenido de siteresource.worldbank.org

Unidas, N. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible.*

Unión Europea, ACE International Consultants S.L. (2013). *Diagnóstico de los recursos humanos de la Secretaría de Salud, periodo 2008-2012*, 1-54. Tegucigalpa, D.C., Francisco Moraán, Honduras.

World Health Organization. (2011). *Draft Medium-Term Strategic Plan 2008-2013 Interim Assesment.* Geneva, Switzerland:.

World Health Organization,. (s.f.). *National health accounts (NHA)*. Obtenido de http://www.who.int/nha/en/

IX. ANEXOS

Anexo 1. Formatos de programación Anual de Recursos Humanos en Salud

FORMATO No. 7

LISTADO SOLICITADO DE PERSONAL PERMANENTE

No.	Descripción de plaza	Sueldo Mensual	No. plazas	Meses	Sueldo anual	COLATERALES				Total sueldos y colaterales
						Décimo Cuarto Mes	Décimo Tercer mes	INJUPENP 11710	Total	
1	MEDICO ESPECIALISTA	32,652.08	5	9	1,469,343.60	40,815.10	122,445.30	161,627.80	324,888.20	1,794,231.80
2	MEDICO GENERAL	27,987.50			-	-	-	-	-	-
3	ENFERMERA	18,198.00	3	9	491,346.00	13,648.50	40,945.50	54,048.06	108,642.06	599,988.06
4	QUIMICO FARMACEUTICO	12,000.00			-	-	-	-	-	-
5	MICROBIOLOGO	19,268.03	6	9	1,040,473.62	28,902.05	86,706.14	114,452.10	230,060.28	1,270,533.90
6	TRABAJADOR SOCIAL	12,000.00			-	-	-	-	-	-
7	ODONTOLOGO	17,000.00	3	9	153,000.00	12,750.00	38,250.00	16,830.00	67,830.00	220,830.00

FORMATO No. 7

LISTADO SOLICITADO DE PERSONAL PERMANENTE

No.	Descripción de plaza	Sueldo Mensual	No. plazas	Meses	Sueldo anual	COLATERALES				Total sueldos y colaterales
						Décimo Cuarto Mes	Décimo Tercer mes	INJUPENP 11710	Total	
8	AUXILIAR DE ENFERMERIA	5,800.00			-	-	-	-	-	-
9	TECNICO EN ANESTESIA	6,900.00			-	-	-	-	-	-
10	TENICO EN LABORATORIO	6,900.00			-	-	-	-	-	-
11	TECNICO INST. QUIRURGICO	6,900.00			-	-	-	-	-	-
12	TECNICO EN RAYOS X	6,900.00			-	-	-	-	-	-

FORMATO No. 8

LISTADO SOLICITADO DE PERSONAL POR CONTRATO

No.	Descripción de plaza	Sueldo Mensual	No. Contratos	Meses	Sueldo anual	COLATERALES			Total sueldos y colaterales
						Décimo Cuarto Mes	Décimo Tercer mes	Total	
1	MEDICO ESPECIALISTA	32,652.08	5	12	1,959,124.80	81,630.20	163,260.40	244,890.60	2,204,015.40
2	MEDICO GENERAL	27,987.50			-	-	-	-	-
3	ENFERMERA	18,198.00	3	12	655,128.00	27,297.00	54,594.00	81,891.00	737,019.00
4	QUIMICO FARMACEUTICO	12,000.00			-	-	-	-	-
5	MICROBIOLOGO	19,268.03	2	12	462,432.72	19,268.03	38,536.06	57,804.09	520,236.81
6	TRABAJADOR SOCIAL	12,000.00			-	-	-	-	-
7	ODONTOLOGO	17,000.00			-	-	-	-	-
8	AUXILIAR DE ENFERMERIA	5,800.00	12	12	835,200.00	34,800.00	69,600.00	104,400.00	939,600.00
9	TECNICO EN ANESTESIA	6,900.00			-	-	-	-	-
10	TENICO EN LABORATORIO	6,900.00			-	-	-	-	-

FORMATO No. 8

LISTADO SOLICITADO DE PERSONAL POR CONTRATO

No.	Descripción de plaza	Sueldo Mensual	No. Contratos	Meses	Sueldo anual	COLATERALES			Total sueldos y colaterales
						Décimo Cuarto Mes	Décimo Tercer mes	Total	
11	TECNICO INST. QUIRURGICO	6,900.00			-	-	-	-	-
12	TECNICO EN RAYOS X	6,900.00			-	-	-	-	-

Nota: Para personal por contrato el decimocuarto mes de salario es calculado de los meses de julio del año pasado a junio del año actual y el decimotercer mes
se paga de enero a diciembre. La fórmula para el pago de colaterale es sueldo base/12*meses trabajados, pero también se debe calcular según el número de contratos a solicitar
el primer ejemplo se muestra con 5 contratos de médicos especialistas efvo. Del mes de marzo
32,652.08/12*5*6=81,630.20 de decimocuarto mes.
Para el decimotercer mes (aguinaldo) con el mismo ejemplo de los 5 contratos de médicos seria, sueldo base/12 meses del año*9 meses trabajados*5 plazas
quedando de la siguiente forma:
32652.08/12*5*12=163,260.40

FORMATO No.9

LISTADO DE CARGOS ADMINISTRATIVOS

DEPENDENCIA:

NOMBRE	CARGO NOMINAL	CARGO ADMINISTRATIVO	PLUS	
			MENSUAL	ANUAL
	MEDICO	Jefe Pediatría		
	MEDICO	Epidemiólogo		
	ENFERMERA	Jefe De Sala		
	ODONTOLOGO	Jefe Consultorio		
TOTAL				

PLUS Y CARGO ADMINISTRATIVO

QUIMICO FARMACEUTICO

—Artículo 39, incremento del 25 % sobre su salario base mientras desempeñe cargo administrativo

ODONTOLOGOS

Artículo 28, odontólogos con categoría de jefatura, será beneficiado con un plus según escalas:

PORCENTAJE DE PLUS DEL ODONTOLOGO

—Jefe de consultorio, 3 % sobre sueldo base
—Jefe de área, 5 % sobre sueldo base
—Jefe regional, 7 % sobre sueldo base
—Sub. -jefe a nivel nacional, 11 % sobre sueldo base
—Jefe a nivel nacional, 13 % sobre el sueldo base

ODONTOLOGOS CARGOS ADMINISTRATIVOS CON PLUS Y HORAS

—Odontólogo Jefe de Área
—Odontólogo Jefe Regional
—Odontólogo Coordinador de Programas
—Odontólogo Jefe Nacional

ODONTOLOGOS CARGOS ADMINISTRATIVOS CON SOLO PLUS

—Odontólogo Jefe de Consultorio

MEDICOS

Recibirá un plus por cargo administrativo en caso de jefatura
Algunas jefaturas tienen plus y horas administrativas

Los cargos administrativos con plus y horas son:

—Sub. Director General de Salud
—Jefe de Divisiones
—Jefe de Programas
—Jefe de Unidades
—Director Regional
—Director de Hospital
—Jefe de Área
—Sub.-directores de Hospital

- **Cargos administrativos solo con plus**
- Jefe de Departamentos
- Jefe de Servicios
- Jefe de Sala
- Jefe de Cesamos
- Jefe de Área sin hospital

Las horas administrativas será calculado en base a la siguiente formula:

Sueldo actual /(entre) 169 (esta es una constante ya establecida) + 25 % x (por) 40 horas = pago por horas administrativas

Ejemplo: Sueldo Lps. 22,744.80

22,744.80 / 169 = 134.58

134.58 x 25% = 33.64

134.58 + 33.64 = 168.22

168.22 x 40 horas = 6,728.80 (pago por horas administrativas)

NOTA: Esta fórmula se utiliza también para el cálculo de horas administrativas de los Odontólogos