SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA DEL MEDICO RESIDENTE DE LOS SANATORIOS PRIVADOS

Estudio prospectivo realizado en los médicos residentes de
sanatorios privados de la ciudad capital de Guatemala,
en los meses de octubre a diciembre de 1996

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.*

POR

CARLOS ALBERTO OVANDO MELCHOR

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

	No. de Página
I. Introducción	1
II. Definición del Problema	2
III. Justificación	3
IV. Objetivos	4
V. Marco Teórico	5
VI. Material y Métodos	11
VII. Resultados	16
VIII. Análisis e Interpretación de Resultados	29
IX. Conclusiones	32
X. Recomendaciones	33
XI. Resumen	34
XII. Bibliografía	35
XIII. Anexos	38

I INTRODUCCION

En Guatemala hay una tendencia cada día mayor a la inestabilidad laboral, y por consiguiente a la falta de recursos económicos suficientes en los hogares de muchos guatemaltecos, los que no les permite subsistir de manera decorosa y adecuada.

Esta situación económica afecta a una gran parte de la población que en síntesis tiene una economía deteriorada no existiendo acceso a muchos de los bienes y servicios necesarios para vivir de manera digna.

En esta situación caótica por la que atraviesa nuestro país, se ven también afectados profesionales de la medicina. Quienes desde el mismo inicio de su carrera no vislumbran expectativas halagadoras que puedan depararles un futuro prometedor a ellos ni a sus familias.

El presente estudio se realizó en 179 médicos que laboran como residentes en 76 sanatorios ubicados en la ciudad capital de Guatemala. Demostrándonos que los regímenes de trabajo por los cuales el médico es empleado son: Contrato de trabajo, lo que significa sujetarse a un convenio con las instituciones empleadoras, el cual puede ser renovado o no, plaza fija; y en otros él médico desconocía el convenio bajo el cual fue empleado.

Aunado a lo anterior se evidencian los bajos sueldos que percibe un médico residente que en promedio no sobrepasan los Q 1,500.00 mensuales, no cuentan la gran mayoría con prestaciones laborales ni estímulos económicos por parte de las unidades empleadoras. El 100% de los residentes reportaron efectuar turnos de 24 horas.

Al mismo tiempo se evidencia que el 100% de los sanatorios visitados eran dirigidos por un médico, los cuales en su mayoría eran dueños de las instituciones, encontrándose un fenómeno que bien podríamos definir como explotación del médico por el médico.

II DEFINICION DEL PROBLEMA

Guatemala al igual que muchos otros países se ve afectada por un sin número de problemas de salud, económicos y sociales. Entre ellos encontramos la falta de estabilidad laboral en que se encuentran muchos de los grupos de población. En este grupo no podemos descartar al sector de profesionales médicos, con un índice cada día mayor debido a que la situación no ha mejorado ni se vislumbra que mejore en algún tiempo. La inestabilidad laboral tiene como consecuencia directa una disminución o falta de ingresos suficientes para poder subsistir de manera adecuada o decorosa. Es lamentable que en nuestro país como en muchos otros se ha manifestado un superávit en el número de médicos, situación que se atribuye al incremento en la producción de este personal, y a la poca demanda del mismo por parte de las instituciones encargadas de proveer el servicio.(3,4,10,14,16,20)

Es de observar que entre 1921 y 1968 se graduaban en promedio 26 profesionales por año y entre 1969 a 1991 el promedio fue de 287, o sea un incremento del 1003%, y en similares estudios encontramos que el 70% de estos se encontraban laborando en la ciudad capital, muchos de ellos ejerciendo en clínicas privadas propias, otros en instituciones públicas, efectuando postgrado y muchos otros en instituciones privadas.

La demanda laboral va en aumento y las fuentes de trabajo no, situación que no deja de afectar al médico, más aún en el centro urbano del país que es donde se concentra la mayor cantidad de los recursos y servicios que se le pueden ofrecer a la población. Esto nos habla de la falta de políticas adecuadas para la utilización del recurso humano en salud, y para romper la centralización que ejercen las instituciones encargadas de absorber el mismo. (3,4,15)

En estudios que se han realizado se hace evidente que casi una quinta parte de los médicos trabajan para instituciones privadas. (4,19)

Para el funcionamiento eficiente y exitoso de la mayoría de instituciones y empresas privadas (sanatorios, hospitales, centros médicos, etc.) es imprescindible la contratación de Médicos y Cirujanos como recurso humano altamente calificado. Sin embargo, a dicho profesional de la salud (el médico) no se le da el lugar ni la importancia que merece como profesional universitario calificado, considerando los indignos e indecorosos salarios que devenga, la sobrecarga de trabajo que representa una verdadera explotación y los potenciales riesgos laborales y legales que conlleva la práctica médica.

III JUSTIFICACION

Al analizar el contexto social económico, cultural y político de Guatemala, es evidente la profunda crisis que vive la población mayoritaria: subdesarrollo, pobreza extrema, inseguridad, violencia, corrupción, mínima cobertura de los servicios de salud, desempleo, subempleo, déficit de vivienda, alto costo de la vida, inflación, etc. El médico y cirujano, como parte del pueblo de Guatemala, esta inmerso en este contexto de crisis y por ende, esta enfrentando serios problemas derivados del desempleo y el subempleo que afecta significativamente a un alto porcentaje del gremio médico.(4) Aunado a este problema, el médico muchas veces está afectado por factores, como que desde el mismo momento de su graduación en la Universidad tiene dependientes económicos, no tiene casa propia, y se encuentra en la fase en la que tiene menos recursos económicos.

Muchas de estas situaciones nos hacen meditar sobre la realidad en la que viven muchos profesionales de la medicina en nuestro país. Los principales empleadores de los médicos y cirujanos son: Ministerio de Salud, IGSS, USAC, y otros (ONG, CDAG, Instituciones privadas, compañías farmacéuticas, etc.) Aunque no se tienen datos exactos sobre el verdadero índice de desempleo, aproximadamente el 40% de los médicos es absorbido por los tres grandes empleadores antes citados.(3)

Para cambiar una realidad concreta, es imprescindible y fundamental conocerla a profundidad; esta es una justificación del presente trabajo de investigación, considerando que el médico y cirujano esta inmerso en el "contexto de una realidad" guatemalteca en crisis con difíciles expectativas futuras y en la cual el mercado de oferta-demanda, ofrece escasas e insuficientes oportunidades laborales para la mayoría de profesionales de la salud. Esta situación obliga al médico a prestar sus servicios a instituciones y empresas privadas, en situaciones desfavorables, con menoscabo de su dignidad, recibiendo ingresos económicos inadecuados; sin olvidar que, el nivel de vida para el individuo o una familia es consecuencia directa de la relación entre el salario y el costo de vida. (15,22)

IV OBJETIVOS

GENERAL:

1. Describir la situación social y económica del médico en los sanatorios privados.

ESPECIFICOS:

1. Determinar el salario promedio que devenga el médico residente en los sanatorios privados.
2. Calcular el tiempo promedio que llevan los médicos residentes laborando en sanatorios privados.
3. Establecer el horario laboral de los médicos residentes en los sanatorios.
4. Identificar el número de sanatorios privados que son propiedad de médicos.

V. MARCO TEORICO

Tanto las políticas de formación como de utilización de recursos humanos en salud, han sufrido cambios, relacionados principalmente con la situación socioeconómica y política que se presenta en determinados periodos y en determinadas regiones. Y en lo referente a la formación de Recursos Humanos en salud, hemos seguido al igual que otros países subdesarrollados políticas y escuelas de países desarrollados.

En la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 1969, el curriculum sufrió modificaciones, como consecuencia de la transformación conocida como Reformas Globales. Estas no pretendían más que elevar el nivel científico, académico de la facultad, y dentro de las mismas se encontraba la disposición de las autoridades universitarias y del ministerio de Salud Pública, de integrar recursos para lograr la formación de un profesional de la medicina adecuado a las características que el País requiere, para hacer frente a sus necesidades en atención de la salud. (3,4,10)

A pesar de los señalamientos y recomendaciones sobre el tipo de médico a formar, parece ser que las escuelas de medicina no han logrado, por una serie de situaciones particulares, que el médico formado llene las características deseadas para las instituciones que hacen uso de este recurso. (3) Junto a esto, otra de las políticas fue la de aumentar el número de médicos, partiendo de un diagnóstico de cobertura deficiente. Esta política de incremento en el número de médicos al no estar acorde a una política de utilización de recursos humanos, produce como consecuencia signos de subempleo y desempleo en este grupo, este superávit en los últimos años ha preocupado a muchos gobiernos, que notan el incremento en la producción de este personal, y poca demanda del mismo por parte de la institución o instituciones encargadas de proveer el servicio. (3,9,11,21)

A través de los años, se observó que los indicadores de salud no mostraron los cambios esperados, y que más que una relación directa entre el número de médicos y número de habitantes, existía una relación entre la situación de salud y la economía del País así como de las políticas de salud. El poder calificar de superávit o déficit la situación de los médicos en un País, depende de la interpretación que se le de a estos términos; en general, se acepta que dependen principalmente de las políticas de atención a la salud de cada País, más que el número en si de los profesionales. La OPS en general propone que deben de existir 8 médicos por cada 10,000 habitantes.

A pesar de esto para 1992 según investigaciones realizadas, se excedieron en nuestro País los requerimientos de la OPS, sin embargo según el colegio de Médicos y Cirujanos aproximadamente las tres cuartas partes de los profesionales en mención se concentraban en la ciudad capital, y el resto distribuidos en el interior de la república en áreas urbanas de mayor desarrollo. Lo que pone de manifiesto muchos médicos pero distribuidos inapropiadamente. Poniendo más que

en evidencia que, sólo el incremento en el número de profesionales no es la solución a la problemática de salud. (2,3,4,20,21,24)

Desde hace algún tiempo, se viene discutiendo el problema de la oferta y utilización del personal médico, dado que su producción ha aumentado en proporciones mayores a la capacidad que se tiene para absorberlos, dando como resultado que muchos de los médicos se vean enmarcados en algunos de los subgrupos que a continuación mencionaremos:

Médico pluriempleado: en esta categoría encontramos al profesional que se desempeña en varios sub-sectores, percibiendo un ingreso económico en cada uno de ellos. La sumatoria de horas por las que percibe el ingreso económico, es de ocho o más horas diarias.

Médico Sub-empleado: profesional que se desempeña en uno o varios sub-sectores de empleo, percibiendo ingreso económico, pero la sumatoria de horas por las que percibe éste último, es menor de ocho horas diarias.

Médico desempleado: profesional que no ejerce la medicina, es decir ejerce otro oficio; o profesión, o que no está realizando ninguna actividad económica.

Para 1993 se realizó un estudio con relación a la situación ocupacional, entrevistándose a un total de 1208 médicos, de los cuales más del 90% se encontraba trabajando en el sector salud. Y de este porcentaje la categoría de pluriempleado fue la que predominó, luego la de empleado y sub-empleado en segundo y tercer lugar respectivamente.

Además de lo anterior nos revela que más de la mitad de los médicos estaban insatisfechos con el ingreso económico que percibían en cualquiera de las actividades que realizaban. Todo esto no nos hace más que estar conscientes que las características de la ocupación de los médicos están condicionadas por diversos factores, entre los que se pueden mencionar las condiciones del mercado de trabajo, características de la demanda de servicios, características de la oferta del recurso, las condiciones sociales y económicas del país, la producción de médicos.(3,15)

Después de pasar seis años en la carrera universitaria el nuevo profesional médico se encuentra al igual que muchos otros que ya tienen algún tiempo de haberse graduado, ante el problema del "que hacer" y tiene por delante las opciones o alternativas: realizar un postgrado, para obtener el grado de especialista, en los hospitales que el estado tiene en la ciudad capital, ya que en el interior no contamos con postgrado reconocido, o bien efectuarlo en el IGSS, o de dedicarse a la práctica privada.

Esto no es de extrañar ya que la tendencia actual es hacia la especialización, comportamiento determinado posiblemente por el mercado de trabajo, la gente en nuestro medio busca más al médico especialista que al médico general, además que los especialistas suelen cobrar más en la práctica liberal, incluso las mismas instituciones estatales estimulan la especialización; Salud Pública contrata sólo

especialistas en los hospitales capitalinos, el IGSS paga mejor sueldo al especialista. El estímulo de la remuneración es muy importante a simple vista. (3,24)

Otras opciones pueden ser el ser contratado por instituciones como lo serían: la Universidad de San Carlos, Instituciones Privadas, y organizaciones no gubernamentales nacionales o extranjeras que realizan sus acciones en la capital y en los departamentos.

Se cuenta además para 1996 con 88 sanatorios privados con servicio de encamamiento concentrados en la capital, y hasta la fecha no se cuenta con información de los recursos humanos con los que tiene que ver dichas instituciones. (15,18)

En nuestro país la mayor parte de la población se encuentra en el área rural, mientras que la mayoría de médicos graduados se encuentra en la capital, esto debido a que las expectativas en el área rural no son tan buenas, por carecer ésta de los recursos con los que cuenta en el área metropolitana, sumemos a esto también el poco estímulo que hay para desplazarse al interior de la república. (13)

Podemos inferir entonces que muchos de los planes que se tengan, están condicionados al mercado de trabajo. Guatemala, al igual que la gran mayoría de países subdesarrollados, mantiene lo que algunos economistas han denominado la macrocefalia, una capital que crece en forma desproporcionada en relación al resto del cuerpo. Con todo y los grandes problemas que puedan haber en la urbe, siempre las condiciones de vida son "mejores" que en el interior de la república, en cuanto a los servicios como agua, luz, transporte, etc..

Todos estos aspectos y otros más pueden e influyen de gran manera en las expectativas, como la percepción que se tiene en relación al empleo o mercado de trabajo. Aunque no se tienen datos sobre el verdadero índice de desempleo, sólo el 40% de los médicos tienen un empleo fijo, ya sea en el Ministerio de Salud, IGSS, USAC y otras, el resto no tiene empleo, o se dedica únicamente a la práctica privada. Se puede apreciar entonces la necesidad de contar con un salario fijo, debido a que las expectativas se visualizan malas o regulares para algunos otros. La explicación de ello es que se considera por parte de los médicos que hay poca demanda de personal médico, y si la hay es en el interior muchas veces condicionada.(3)

SALARIO, TRABAJO Y CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD:

Debemos de tomar en primer lugar en cuenta algunos conceptos para poder entender como un todo el problema que conlleva y la forma en que se relacionan la salud, el trabajo y el salario y como estos últimos dos pueden influir de manera directa sobre el primero.

Con una definición muy simple podemos definir al salario como un estipendio, o remuneración de un trabajo o servicio en dinero. O bien el ingreso individual mensual que corresponde a la remuneración en dinero y en especie por

trabajo en la ocupación principal. (16,17) Fuentes oficiales para 1994 consideraban que el promedio salarial mensual del guatemalteco estaba por el orden de los 800 quetzales. Este dato resultaba contradictorio, si lo comparáramos con que la canasta básica vigente, la cual databa del 1983, era de 1600 quetzales para una familia de seis miembros.

Ante esta situación se podrá afirmar que en la actualidad no trabaja únicamente un miembro de la familia. Generalmente lo hacen los 2 cónyuges y en algunos casos hasta los hijos, lo cual equipara el déficit existente. (6)

Todo lo anterior nos habla del comportamiento alcista de la inflación el cual se visualiza con mayor impacto al alcanzar el poder adquisitivo del quetzal en contraposición con el promedio nominal mensual de sueldos y salarios que devenga la clase trabajadora. En este sentido el poder adquisitivo del quetzal que para el año 1983 era de cien centavos por cada quetzal, llega en 1993 a un equivalente de diecisiete centavos por cada quetzal, una pérdida de ochenta y tres centavos. Los trabajadores tienen que soportar el continuo aumento de precios, principalmente de gastos de vivienda para el hogar, alimentos, y educación entre otros, con salarios que cada día se vuelven más bajos. (6)

La problemática del trabajo y las posibles consecuencias sobre la salud o bienestar de las personas, por lo regular ha sido abordado por diferentes disciplinas en lo particular: ciencias sociales, medicina, ingeniería, etc.. En los últimos años, sin embargo, un sin número de nuevos conceptos han aparecido en el campo teórico y en la práctica profesional.

Nociones tales como calidad de vida, necesidades humanas, están presentes tanto en los diarios como en las revistas científicas, en la preocupación de los organismos nacionales e internacionales como en el mundo académico. Habían descuidado hasta el momento no sólo indicadores reales de bienestar, sino todos los aspectos cualitativos relativos a la vida del hombre.

Comenzaremos en este rubro por ejemplo definiendo lo que para la CEPAL significa la calidad de vida: que es la capacidad que posee el grupo social ocupante de satisfacer sus necesidades con los recursos disponibles en un espacio natural dado. Abarca elementos necesarios para alcanzar una vida humana decente. El mejorar la calidad de vida compromete un esfuerzo del desarrollo, del fruto del trabajo, de la organización social, de la tecnología, y en buena medida del uso del medio ambiente, uno de sus elementos componentes. (6,23)

Cuando hablamos de la relación entre el trabajo y la salud y sus indicadores no debemos dejar de mencionar la resolución de la conferencia mundial del empleo de la OIT, que dispone que la estrategia del desarrollo tendiente a la satisfacción de las necesidades esenciales debe centrarse en la reorientación de políticas y estrategias hacia la promoción de empleos suficientes desde el punto de vista social, y convenientemente remunerados, y a dirigir el crecimiento de la producción nacional hacia la satisfacción de necesidades de bienes y servicios esenciales que generalmente no llegan a todos los grupos de población. Aquí lo que es evidente

son dos factores primordiales como lo son un empleo digno, estable y bien remunerado y adecuados niveles de salud.

El hombre en situación de trabajo es un concepto integral, y la aplicación del mismo puede ser encarado desde ninguna visión parcial. Este sujeto trabajador es un ser histórico, producto de una determinada sociedad y de multitud de condicionamientos psicológicos y sociales. La salud de ese individuo ha de estar en relación con las pautas alimenticias de la población y su nivel de recursos, el tipo y organización del trabajo que realice facilitara o no la emergencia de determinadas enfermedades, los accidentes de trabajo que potencialmente puede tener, han de ser resultado de las condiciones de trabajo, de las características de la empresa, de la tecnología adoptada, de los mecanismos o sistemas de prevención y finalmente de su grado de atención o estado psicológico.

Todo esto nos habla de un hecho importante que debe darse, que es el aspecto esencial de la calidad de vida: "que el trabajo respete la vida y la salud del trabajador".

Cuando hablamos de la salud nos referimos no solo a la definición simplista, sino a la vieja definición de la OMS " un completo estado de bienestar físico, mental y social". La importancia de la prevención primaria y secundaria se extiende, entonces a esta Concepción en sentido integral.

Cuando hablamos de condiciones de trabajo encontramos que hay condiciones de trabajo en el puesto, de la empresa, y a nivel social en su conjunto.

Las primeras, o condiciones en el puesto: se refiere a aquellos factores del ambiente físico, del ambiente social y los aspectos de contenido y organización del trabajo que actúan sobre la salud del trabajador y que influyen sobre las facultades intelectuales del sujeto.

Las condiciones de la empresa: encontramos aquí las remuneraciones, nivel de las mismas, sistemas de remuneración, sistemas de control y autoridad, sistemas de calificación, beneficios sociales (comedores, proveedurías, grado de participación.)

Y las condiciones a nivel del sistema social, que en su conjunto se entrecruzan con factores externos: el transporte, que a menudo extienden considerablemente la jornada de trabajo. Las condiciones de vivienda y de alimentación posibilitados o no por el nivel de la remuneración. Se incluyen también los aspectos de la seguridad social en su conjunto: edad y monto de las jubilaciones, asistencia social, de salud, etc.

COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS DE GUATEMALA

Esta es una entidad jurídica formada según el decreto 332, ley de Colegiación Oficial Obligatoria para el ejercicio de las profesiones universitarias, del Congreso de la República publicado en el diario oficial No. 78, del 24 de febrero de 1947. y de conformidad con el artículo No. 68, de la Constitución de la República, vigente hasta la fecha.

Según el artículo 3o. de los estatutos del colegio de Médicos y Cirujanos son fines de éste los siguientes:

- A. Enaltecer el ejercicio de la profesión médica en todos sus aspectos, manteniendo el decoro, la disciplina y la fraternidad de la clase médica.
- B. Velar por la defensa y protección de los intereses profesionales, adoptando aquellas medidas que se crean convenientes a los fines de la colegiación.
- C. Defender a los médicos que se acojan a la protección del colegio, por haber sido perjudicados en el ejercicio de la profesión o estar amenazados de serlo.
- D. Mantener y defender el libre ejercicio de la profesión.
- E. Gestionar y promover ante los poderes públicos, las leyes y reformas legislativas, que se consideren beneficiosas.
- F. Auxiliar a la administración pública en el cumplimiento de las disposiciones legales que se relacionen con la profesión.
- G. Resolver sobre consultas que se hagan.
- H. Velar por la honestidad, eficiencia técnica y el mantenimiento de la ética en el Ejercicio de la profesión médica, en todas sus formas.
- I. Contribuir por todos los medios adecuados, al desarrollo y progreso de la medicina, orientándola por los nuevos cánones de su función social. (7)

VI MATERIAL Y METODOS

METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO: Estudio descriptivo, prospectivo.
2. SUJETO DE ESTUDIO: Médicos graduados que laboran como residentes en los sanatorios privados de la Ciudad Capital de Guatemala.
3. POBLACION Y MUESTRA: En el presente estudio se revisó en la Dirección General de Servicios de Salud, el estado de los sanatorios privados, los cuales son 88 que están ubicados en la Ciudad Capital y se tomó todos aquellos que cumplan con los criterios de inclusión. Posteriormente se entrevistó a todos los residentes que trabajan en dichos sanatorios de ambos sexos, durante los meses de octubre a diciembre de 1,996.

4. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

DE INCLUSION:

- Médicos graduados de ambos sexos.
- Que laboren como residentes en Sanatorios privados seleccionados.
- Que acepten llenar la boleta o instrumentos de recolección de datos.

DE EXCLUSION:

- Médicos residentes que no acepten proporcionar datos o llenar la boleta o instrumento de recolección de los mismos.
- Que se encuentren gozando de vacaciones.

5. PROCEDIMIENTO:

Se procedió a revisar el listado de hospitales, sanatorios y casas de salud autorizados por el departamento de Registro y Control de Establecimientos y Personal de Salud, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Se seleccionaron los sanatorios que están ubicados en la ciudad capital, posterior a lo cual se procedió a visitarlos para entrevistar personalmente a cada médico residente que laboraba en ellos y que cumpliera con los criterios de inclusión y exclusión, pidiéndole que llenara adecuadamente la boleta de recolección de datos con la información que se le solicitaba en la misma.

Luego se procedió a procesar la información para la presentación de los resultados de la investigación.

6.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
SEXO	Condición orgánica que distingue al varón de la hembra	Se solicitó al médico residente que subrayara el sexo al que pertenecía	Nominal	Masculino Femenino
EDAD	Tiempo en años que la persona ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha en que lleno el instrumento de recolección de datos	El médico anotó en la boleta su edad en años.	Numérico, continuo	Años
SITUACION SOCIAL	Situación de un individuo o grupo en relación a la disposición de los elementos necesarios para alcanzar un bienestar en la sociedad.	Se le pidió al médico que indicara si poseía vivienda propia o no, vehículo, si tenía hijos; en que tipo de institución reciben educación.	Nominal	
SITUACION ECONOMICA	Situación que se refiere al salario o remuneración en dinero de un individuo o grupo de individuos por sus servicios en la sociedad en que vive.	Se solicitó al sujeto en estudio que anotara en números el salario que devenga mensualmente.	Numérico	
ESTADO CIVIL	Situación jurídica de un individuo dentro de la sociedad.	Se le pidió al residente que subrayara la palabra que enmarcara el estado civil al que pertenecía.	Nominal	Soltero Casado

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
HORARIO DE TRABAJO	Tiempo medido en horas que una persona labora en un día.	El residente en estudio anotó el número de horas que labora en un día de trabajo	Númerico	Horas

7. INSTRUMENTO DE MEDICION:

Boleta de recolección de datos.

8. PLAN ESTADISTICO:

El análisis estadístico se efectuó utilizando cuadros de frecuencia, así como tabla de porcentajes.

9. RECURSOS:

MATERIALES:

- Instalaciones de sanatorios privados.
- Listado de sanatorios privados de la república de Guatemala,
- Biblioteca
- Computadora
- Utiles y equipo de oficina

HUMANOS:

- Médicos residentes de los sanatorios privados.

10. ASPECTOS ETICOS:

El presente estudio es de tipo descriptivo y únicamente se refiere a hallazgos encontrados en la situación socioeconómica de los médicos residentes entrevistados, por lo que no se interviene directamente en aspectos que comprometan la integridad del médico y/o su familia.

VII RESULTADOS

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR ZONAS Y NUMERO DE SANATORIOS EN LA CIUDAD CAPITAL. EN LOS CUALES LABORAN LOS MEDICOS ENTREVISTADOS. GUATEMALA, OCTUBRE-DICIEMBRE 1996.

ZONA	Fx	%
1	27	35.5
2	8	10.5
3	2	2.6
5	4	5.3
6	2	2.6
7	3	3.9
8	1	1.3
10	6	7.9
11	4	5.3
12	1	1.3
13	1	1.3
14	1	1.3
15	1	1.3
19	14	18.4
21	1	1.3
TOTALES	76	100.0

Fuente: Entrevista directa.

CUADRO No. 2

NUMERO DE RESIDENTES POR SANATORIO
GUATEMALA, OCTUBRE-DICIEMBRE 1996.

No. DE RESIDENTES	SANATORIOS	%
1	3	3.9
2	5	6.5
3	48	63.2
5	4	5.3
6	10	13.2
12	6	7.9
TOTALES	76	100

Fuente: Entrevista directa.

CUATRO No. 3

AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DE LOS SANATORIOS EN DONDE
LABORAN LOS RESIDENTES ENTREVISTADOS
GUATEMALA, OCTUBRE-DICIEMBRE 1,996.

AÑOS DE FUNCIONAR	SANATORIOS	%
15	27	35.5
12	2	2.6
11	1	1.4
10	6	7.9
9	4	5.3
8	3	4.0
6	4	5.3
5	9	11.8
4	2	2.6
3	2	2.6
2	9	11.8
1	7	9.2
TOTALES	76	100

Fuente: Entrevista directa.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE LOS RESIDENTES
ENTREVISTADOS.
GUATEMALA, OCTUBRE-DICIEMBRE 1996.

EDAD	F	M	TOTAL	%
20-25	20	31	51	28.5
26-30	28	51	79	44.1
31-35	9	24	33	18.4
36-40	2	14	16	9.0
TOTALES	59	120	179	100

Fuente: Entrevista directa.

CUADRO NO. 5

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL Y SEXO DE LOS RESIDENTES
ENTREVISTADOS.
GUATEMALA, OCTUBRE-DICIEMBRE 1996.

ESTADO CIVIL/SEXO	RESIDENTES				TOTALES	
	F		M		No. %	
	No.	%	No.	%	No.	%
Casado	22	12	84	47	106	59
Soltero	37	21	36	20	73	41
TOTALES	59	33	120	67	179	100

Fuente: Entrevista directa.

CUADRO No. 6

AÑOS QUE LLEVAN LOS RESIDENTES ENTREVISTADOS DE
LABORAR
GUATEMALA, OCTUBRE-DICIEMBRE 1996.

AÑOS DE LABORAR EN SANATORIOS	No.	%
1 o menos	86	48.2
2	37	20.6
3	28	15.6
4	7	3.9
5	14	7.8
6 o más	7	3.9
TOTALES	179	100

Fuente: Entrevista directa.

CUADRO No. 7

TIPO DE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO EN EL QUE ESTUDIAN
HIJOS DE LOS RESIDENTES ENTREVISTADOS
GUATEMALA, OCTUBRE-DICIEMBRE 1996.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	No.	%
Colegio Privado	80	66.6
Escuela Pública	7	5.8
No estudian	33	27.5
TOTALES	120	100

Fuente: Entrevista directa.

CUADRO No. 8

RESIDENTES QUE POSEEN CASA Y VEHICULO PROPIO
GUATEMALA, OCTUBRE-DICIEMBRE 1996.

CASA Y VEHICULO	SI	%	NO	%
Casa propia	39	21.7	140	78.3
Vehiculo propio	52	29	127	71

Fuente: Entrevista directa.

CUADRO No. 9

SALARIO MENSUAL DEVENGADO POR LOS RESIDENTES
ENTREVISTADOS.
GUATEMALA, OCTUBRE-DICIEMBRE 1996.

SALARIO Q.	No.	%
300 - 500	2	1.1
501 - 800	31	17.3
801 - 1200	57	31.8
1201 - 1500	30	16.8
1501 - 1800	7	3.9
1801 - 2100	19	10.6
2101 - 2400	17	9.5
2401 - 2700	16	8.9
TOTAL	179	100

Fuente: Entrevista directa.

CUADRO No. 10

HORARIO DE TRABAJO DE LOS RESIDENTES ENTREVISTADOS
GUATEMALA, OCTUBRE-DICIEMBRE 1996.

HORARIO	No.	%
7am - 1pm	36	20.2
7am - 5pm	18	10.0
7am - 7am	125	69.8
TOTALES	179	100

Fuente: Entrevista directa.

CUADRO No. 11

INTERVALO DE DIAS ENTRE TURNOS QUE HACEN LOS
RESIDENTES ENTREVISTADOS.
GUATEMALA, OCTUBRE-DICIEMBRE 1996.

INTERVALO DE DIAS ENTRE TURNOS *	Fx	%
2	7	3.9
3	128	71.5
4	32	17.8
5	12	6.8
TOTALES	179	100

* Turno de 24 horas.

Fuente: Entrevista directa.

CUADRO No. 12

FORMA COMO FUERON CONTRATADOS LOS MEDICOS
RESIDENTES ENTREVISTADOS.
GUATEMALA, OCTUBRE-DICIEMBRE 1996.

TIPO DE CONVENIO DE TRABAJO	No.	%
Por contrato	99	55.4
Plaza fija	57	31.8
Desconoce	23	12.8
TOTALES	179	100

Fuente: Entrevista directa.

CUADRO No. 13

PRESTACIONES QUE RECIBEN LOS MEDICOS RESIDENTES
ENTREVISTADOS.
GUATEMALA, OCTUBRE-DICIEMBRE 1996.

PRESTACIONES	Fx	%
IGSS	54	30
Bono Catorce	54	30
Aguinaldo	50	28
Vacaciones	15	8
Ninguna	125	70

Fuente: Entrevista directa.

VIII ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

En el cuadro No.1 podemos observar la distribución del total de sanatorios que fueron visitados para entrevistar a los residentes, y su distribución en las diferentes zonas de la ciudad capital de Guatemala. Correspondiendo la mayor frecuencia a la zona uno, en segundo lugar la zona diez y nueve y en tercer lugar la zona dos. En zonas más alejadas del centro de la ciudad, como las zonas 13,14,15 sólo se ubica un sanatorio respectivamente. Fenómeno que podría explicarse debido a que en las primeras por estar en el centro de la ciudad, existe mayor concentración de población, hay más fuentes de acceso y también se da mayor centralización de muchos servicios. En contraste con zonas más alejadas en las que resalta el hecho de que son áreas residenciales, con menos accesibilidad para muchas personas, y con más altos costos por los servicios que brindan.

Al revisar el cuadro No.2 evidencia que del total de sanatorios visitados, más de la mitad de estas instituciones privadas de salud, solo emplean 3 médicos como residentes. Y que del grupo restante la mayoría no contrata más del doble de este personal, dándose incluso en algunos sanatorios la contratación de un número menor. Y si esto lo relacionamos con el hecho de que el 69.8% del total de residentes tienen horarios de trabajo de veinticuatro horas (cuadro No.10). Y además el 100% de los médicos entrevistados respondieron hacer turnos cada 3 ó 4 y en algunos casos cada 2 días (cuadro No. 11). Y conociendo que con menos personal aumenta la cantidad de responsabilidades, y que este tipo de turnos y horarios de labores conlleva en muchos de los casos cubrir todos los servicios y emergencias que se presenten, con la consiguiente sobrecarga de trabajo en menoscabo de la salud de los pacientes y del mismo médico en un momento dado, debido a que se ve expuesto riesgos laborales, estrés y agotamiento.

Al observar el cuadro No.4 en el cual se describe la distribución por edades de los residentes encuestados. Se tiene que del total 44.1% se encuentran entre los 26 a 30 años de edad, 28.5% entre los 20 y 25 años, en tercer lugar 18.4 % oscilan entre los 31 a 35 años de edad. Además de que en todos los rangos de edad predominó el grupo de médicos del sexo masculino. Por lo que más de la mitad de los médicos que laboran en estos sanatorios privados son profesionales jóvenes entre las edades de 20 a 30 años de edad. Comportamiento explicable en función del aumento de la producción de médicos a partir de los últimos años, y la falta de oferta en instituciones públicas o de otra índole que puedan ofrecer mejores ventajas. Entrando aquí a relacionar los resultados presentados en el cuadro No.3 en lo que respecta al tiempo en años que tienen de funcionar las diferentes instituciones privadas de salud que fueron visitadas en la realización de esta

investigación, en los que encontramos que más de la tercera parte de los mismos prestan sus servicios desde hace 15 años o más; convirtiéndose en fuentes de absorción de los profesionales en salud que no se pueden emplear en instituciones estatales, y que las ven como única fuente inmediata de trabajo al momento de egresar de la Universidad.

De igual manera podemos observar que el cuadro No.6 tiene relación con todo lo anteriormente expuesto debido a que aquí se relaciona el tiempo que tienen los residentes de estar laborando en sanatorios privados, encontrando que el 48 % tienen un año o menos de trabajar en los mismos, el 20.6 % tenían dos años, y el número disminuye conforme aumentan los años.

Al analizar las variables sexo y estado civil en el cuadro No.5 observamos que predominaron los residentes varones casados (47%) sobre las residentes mujeres. En el grupo de solteros el predominio fue para el grupo femenino (21%), sobre el masculino (20%). Aquí el 59 % de los médicos entrevistados es casado, aunado a esto el 66.6 % tiene por lo menos un hijo, (cuadro 7), muchos de los cuales se encuentran estudiando, en instituciones privadas la gran mayoría, lo que implica que muchos de los residentes cuentan desde el principio de su carrera profesional con cargas económicas que van desde alimentación, vivienda, vestuario, colegiaturas, transporte, y sin una fuente segura e inmediata de trabajo.

Al investigar el número de residentes que contaban con casa y vehículo propio (Cuadro No.8). Se observó que el 78.2% y el 71% respectivamente, no tenían casa ni vehículo propio. Evidenciando que el 75% en promedio de los médicos entrevistados tienen que pagar alquiler de vivienda, así como transporte, mermando el ya bajo ingreso que perciben, y aunado a esto el hecho de transportarse en autobús alargando la jornada de trabajo y el estrés en sus labores y en su hogar.

El 31.8% de los médicos percibe un sueldo no mayor de Q 1,200.00, el 17.3% de los mismos no gana más de Q 800.00 y solo el 8.9% tienen sueldos en promedio de Q 2,550.00 (Cuadro No. 9). Si los gastos de la canasta básica de alimentos de una familia para 1996 promedio son de Q 1.062.00 al mes, estos profesionales de la salud no cuentan con el ingreso mínimo necesario para cubrir sus necesidades básicas.

El tipo de convenio de trabajo que los médicos contraen con los sanatorios privados nos muestra según Cuadro No. 12 que el 55.4% están bajo un contrato escrito, el 31.8% cuentan con una plaza fija. Y el 12.8% respondió que desconocía hasta el momento de la encuesta, bajo que convenio se encontraba trabajando.

Aproximadamente solo un tercio de los médicos cuentan con una plaza fija, mientras el otro 70% se ve condicionada a un contrato que debe renovar cada

cierto periodo de tiempo, aceptando las condiciones y sueldos que les sean impuestos en el mismo, trabajando bajo un régimen de inseguridad laboral.

Y según datos obtenidos de los listados de registros de la Dirección General de servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública. El 100% de los sanatorios tienen a un médico como director, y que de estos la gran mayoría según informe verbal de los residentes encuestados son dueños de los mismos, por lo que se evidencia la explotación del médico por el médico.

Entre los médicos encuestados se encontró que 69.8% no contaban con prestaciones laborales de ningún tipo y solo el 30.2% si las tenían. Las prestaciones que reportaron en orden de frecuencia fueron IGSS, bono catorce, aguinaldo, vacaciones. Ninguno reportó bonificaciones o utilidades (Cuadro 13).

El médico a pesar de ser un recurso humano indispensable para estas instituciones en la mayoría de los casos, no recibe la seguridad ni el estímulo económico necesario para trabajar de manera adecuada.

IX CONCLUSIONES

1. Los médicos residentes de los sanatorios privados en su gran mayoría se encuentran trabajando en una situación de inestabilidad laboral, debido a que más del cincuenta por ciento lo hacen por contrato, del grupo restante solo un tercio tiene una plaza fija, y muchos inclusive desconoce bajo que convenio trabaja.
2. El porcentaje más alto de médicos que laboran como residentes en sanatorios privados, devenga un sueldo que no sobrepasa los Q 1,500.00 mensuales, el cual está muy por debajo del sueldo de un médico que trabaja en hospitales estatales, e inclusive de muchas personas que no son profesionales universitarios.
3. Los médicos que laboran en sanatorios privados son profesionales jóvenes que oscilan entre las edades de 25 a 30 años y que en su mayoría son casados y tienen 1 o 2 años de trabajar en los mismos.
4. Solo un tercio de los residentes cuentan con prestaciones laborales, las cuales fueron IGSS, bono catorce, aguinaldo y vacaciones, ninguno reportó bonificaciones o utilidades.
5. Del total de sanatorios en su mayoría el director es un médico quien en casi la totalidad de los casos es el propietario.

X RECOMENDACIONES

1. Que la Facultad de Ciencias Médicas replantee el perfil de egreso del médico, que si bien es cierto su misión más importante es formar médicos acorde a las necesidades de nuestra nación, que también lo sea el que esté congruente a las demandas de las unidades empleadoras, creando convenios con ellas e involucrándolas en la participación de perfiles, que vayan desde el pregrado hasta el postgrado.
2. Que el Colegio de Médicos y otras instituciones que tengan relación con la profesión médica se preocupen en realizar investigaciones científicas y se manifiesten en relación a la situación crítica del médico tal como lo expone el presente trabajo, y sobre todo a la explotación del médico por el médico que se está dando.

XI RESUMEN

El presente trabajo de tesis fue realizado en un total de 179 médicos residentes que laboran en 76 sanatorios privados que funcionan en la capital de Guatemala, entre los meses de octubre a diciembre de 1,996. Médicos a los cuales se les pasó un instrumento de recolección de datos para obtener información sobre la situación socioeconómica en que se encuentran al momento de la entrevista.

Se procedió a revisar el listado de sanatorios y casas de salud autorizados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y luego se visitaron los sanatorios para entrevistar personalmente a cada uno de los médicos residentes que laboraban en los mismos y que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación.

Se logró establecer que los residentes de los sanatorios privados se encuentran en su mayoría; trabajan por contrato (55.9%), y algunos incluso desconocen bajo que convenio están trabajando (12 %). Con sueldos que en promedio no sobrepasan los Q 1,500.00 al mes.

Así mismo se determinó que los residentes en su mayoría son médicos jóvenes entre los 20 a 30 años, no cuentan con prestaciones laborales (69%). El 100% de los residentes hacen turnos de veinticuatro horas, la mayoría cada 3 días. Y la situación es tan crítica que más de las dos terceras partes de los mismos no cuentan con vivienda y carro propio.

Además de esto resaltó el hecho de que en el 100% los sanatorios privados tienen como Director a un médico quien es en la mayoría de los casos el propietario del sanatorio.

Por lo que llegamos a concluir que los residentes de los sanatorios privados se encuentran en una situación de inestabilidad laboral, que conlleva a una situación socioeconómica que no les permite subsistir de manera decorosa y adecuada.

XII BIBLIOGRAFIA

1. Acta de Reformas Globales de la Facultad de Ciencias Médicas. enero 1989. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala.
2. Barrios, Luis Carlos. Distribución de Médicos en Guatemala. Trabajo inédito. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. 0989)
3. Barrios, Luis Carlos; de Mata, Fredy; Castillo, Raúl. Expectativas del futuro médico. Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala 1990.
4. Barrios, Luis Carlos, y Cols. Características de la situación ocupacional del médico en Guatemala. Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Médicas, USAC. Vol. 4 No.1 Nov. 1993.
5. Boletín Estadístico Universitario 1979. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala 1980.
6. Boletín Economía al Día 1993. Universidad de San Carlos de Guatemala, Nov. 1993 No. 11.
7. Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. Estatutos. Agosto 1989. 15p (1-2)
8. División de Recursos Humanos. Composición y ocupación de la fuerza de trabajo en salud en el sector público. Departamento de Investigación, Dirección General de Servicios de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala 1989.
9. Eraj, Yusuf Ali. Escasez de médicos en el tercer mundo y super abundancia en otras partes. Foro mundial de la salud. Vol. 6 (1985) pp.168.
10. Facultad de Ciencias Médicas. Separata Catálogo de Estudios 1983. Editorial Universitaria. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala 1983.
11. Frenk, julio. La atención médica, la enseñanza de la medicina y el mercado de trabajo para los médicos. Educ. Med. en Salud. Vol. 18. No. 4 (1984) pp 329-342.
12. Girón, M. Medicina Social. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. Editorial Universitaria 1964. Vol. 47. 438pp.
13. Guatemala, Universidad de San Carlos. Planeamientos Básicos de Educación Superior en la formación del Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas. 1990 (Mimeografiado).
14. Hernández Si, Jesen A. Perfil de salud del médico que opta al programa de especialidades clínicas. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1994.
15. Loy Solares, Hugo Manfredo. Situación y Expectativas laborales, económicas del médico en la ciudad de Guatemala. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1991.
16. Medicina del Trabajo. Hacia un enfoque interdisciplinario del hombre en situación de trabajo. Documento, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Tercer año, Guatemala, 1989.
17. Medicina del Trabajo. Características de la población económicamente activa. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Documento. Tercer año. Guatemala 1992.
18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Listado de Hospitales, sanatorios y casas de salud autorizados por el departamento de registro y control de establecimientos y personal de salud. Guatemala, 1996.
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Composición y ocupación de la fuerza de trabajo en salud en el sector público. División de Recursos Humanos, Ministerio de Salud Pública y A.S. Guatemala 1989.
20. Nogueira, Roberto Passos y Brito, Pedro. Recursos Humanos en salud de las Américas Educ. Médica en salud, Vol. 20 No. 3 (1,986) 295 p.
21. Nogueira, Roberto Passos. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas. Educ. Médica en salud. Vol. 19 No. 1 (1985)
22. Organización Mundial de la Salud. Costo y Financiamiento de la salud en los países en desarrollo. Crónica de la OMS. Vol. 1 1985. (14-19)
23. San Martín, H. Salud y Enfermedad. 4a. edic. México D.F. Edición Científica Mexicana, 1981. 100 p.

24. Stulhman, Luis y Codina, Fernando. Investigación sobre personal de salud.
Educ. Médica en salud. Vol. 19 No.1(1.985).

ANEXOS

BOLETA DE ENCUESTA

SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA DEL MEDICO RESIDENTE DE LOS SANATORIOS PRIVADOS.

Instrucciones:

A continuación encontrará una serie de preguntas; contéstelas subrayando la respuesta que considere adecuada.. En las preguntas que se solicite que explique o especifique, por favor hacerlo en el espacio en blanco indicado.

1. Zona de la ciudad capital en la que se ubica el sanatorio.
2. Número de residentes que laboran en el mismo:
3. Tiempo de estar funcionando el sanatorio:
4. Edad:
5. Sexo: Femenino
 Masculino
6. Estado civil:
7. Tiene hijos?: cuantos:
8. Sus hijos estudian en: colegio privado
 escuela pública
9. Tiene casa propia?: si no
10. Posee vehículo propio?: si no
11. Tiempo que tiene de laborar en sanatorio privado:
12. Sueldo que devenga por mes:
13. Cual es su horario de trabajo:
14. Hace turnos: Si No Cada cuantos días:

15. Que tipo de convenio de trabajo tiene:
por contrato plaza fija

16. Cuenta con prestaciones laborales en el sanatorio:
si no cuales?: