UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

"CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO MÉDICO" EN GUATEMALA"

Estudio realizado en los departamentos de Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa

Abril 2008.

Eduardo Jeovanni Gordillo Escobar

María Gabriela Barrios Solórzano

Beatriz Eugenia Domínguez Méndez

Fernando José Escoto Solis

Errol Victor Aydin Méndez Bonilla

María José Carrillo Quan

Maria Virginia Loza Zenteno

Pamela Sandoval Mayén

Guatemala, Junio de 2008

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

		Carné
1.	Eduardo Jeovanni Gordillo Escobar	200210148
2.	María Gabriela Barrios Solórzano	200210171
3.	Beatriz Eugenia Domínguez Méndez	200210336
4.	Fernando José Escoto Solis	200210351
5.	Errol Victor Aydin Méndez Bonilla	200210440
6.	María José Carrillo Quan	200210423
7.	Maria Virginia Loza Zenteno	200210476
8.	Pamela Sandoval Mayén	200210487

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de **Licenciatura**, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

"CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO MÉDICO EN GUATEMALA"

Estudio realizado en los departamentos de
Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa
abril 2008.

Trabajo asesorado por el Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas, Coasesorado por el Dr. César Oswaldo García García y revisado por el Dr. Alfredo Moreno Quiñónez, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, a los veinte seis días de junio de dos mil ocho.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. Jesús Arnulfo Oliva Leal
DECANO
2006-2010

c.c. Archivo

Los infrascritos Director del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud y el Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Los estudiantes:

		Carné
1.	Eduardo Jeovanni Gordillo Escobar	200210148
2.	María Gabriela Barrios Solórzano	200210171
3.	Beatriz Eugenia Domínguez Méndez	200210336
4.	Fernando José Escoto Solis	200210351
5.	Errol Victor Aydin Méndez Bonilla	200210440
6.	María José Carrillo Quan	200210423
7.	Maria Virginia Loza Zenteno	200210476
8.	Pamela Sandoval Mayén	200210487

han presentado el trabajo de graduación titulado:

"CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO MÉDICO EN GUATEMALA"

Estudio realizado en los departamentos de
Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa
abril 2008.

El cual ha sido **revisado y corregido**, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, a los veinte seis días de junio de dos mil ocho.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. César Oswaldo García García
Coordinador Unidad de Trabajos de Graduación

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Médicas
COORDINACIÓN
UNIDAD DE TESIS

Vo.Bo.
Dr. César Oswaldo García García
Director a.i.
Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

c.c. Archivo

Guatemala, 24 de junio 2008.

Señor Coordinador
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente:

Señor Coordinador:

Le informamos que los estudiantes abajo firmantes,

1. Eduardo Jeovanni Gordillo Escobar
2. María Gabriela Barrios Solórzano
3. Beatriz Eugenia Domínguez Méndez
4. Fernando José Escoto Solis
5. Errol Victor Aydin Méndez Bonilla
6. María José Carrillo Quan
7. Maria Virginia Loza Zenteno
8. Pamela Sandoval Mayén

Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

"CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO MÉDICO EN GUATEMALA"

Estudio realizado en los departamentos de
Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa
abril 2008.

Del cual como asesor, coasesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Edgar Rodolfo de León Barillas
M.P.M. MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 4,040

Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Asesor

Dr. César Oswaldo García García
Coasesor

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Médicas
COORDINACIÓN
UNIDAD DE TESIS

Dr. Alfredo Moreno Quiñónez
Revisor

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD -CICS-
DIRECCIÓN

c.c. Archivo

INDICE

1. INTRODUCCIÓN…….. 1

2. OBJETIVOS…….. 7

3. MARCO TEÓRICO …….. 9
   3.1 Recursos Humanos…….. 9
   3.2 Políticas sobre Recursos Humanos …….. 22
   3.3 Situación Actual de Recursos Humanos en Salud……. 96
   3.4 Problemas que enfrentan los Recursos Humanos en Salud 153
   3.5 Desafíos a los que se enfrentan los Recursos Humanos en Salud…….. 170
   3.6 Necesidades de la población en Recursos Humanos en Salud ……... 188
   3.7 Indicadores de Recursos Humanos en Salud …….. 202

4. DISEÑO METODOLÓGICO……... 209

5. RESULTADOS
   5.1 Departamento de Jalapa…….. 219
   5.2 Departamento de Jutiapa…….. 260
   5.3 Departamento de Santa Rosa…….. 299

6. DISCUSIÓN
   6.1 Departamento de Jalapa…….. 343
   6.2 Departamento de Jutiapa…….. 362
   6.3 Departamento de Santa Rosa…….. 402

7. CONCLUSIONES…….. 439

8. RECOMENDACIONES …….. 441

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS …….. 443

10. ANEXOS …….. 479

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el recurso humano médico en los departamentos de Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa en las dimensiones demográfica, laboral y académica. **Diseño Metodológico:** Descriptivo transversal, donde participaron los médicos, activos e inactivos, registrados en el Colegio de Médicos y Cirujanos, que residían o laboraban en los departamentos de Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa en el mes de abril, 2008. Se realizó una entrevista dirigida por medio de un cuestionario, previo consentimiento informado. La información recolectada se ingresó en un dominio en internet previamente diseñado, realizando posteriormente un análisis de las variables. **Resultados:** En los departamentos de Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa laboran 311 médicos para una población total de 1,039,355 habitantes, lo que significa, que existen 3 médicos por cada 10,000 habitantes y 1 médico por cada 26 km2. En Santa Rosa se encontró 2 médicos por cada 10,000 habitantes, en Jutiapa 2, y en Jalapa 2, respectivamente. Se encontró más médicos en áreas urbanas, dedicándose a práctica privada y en institución no estatal, principalmente. Se encontró especialistas, subespecialistas, y médicos con maestrías, sin embargo no hay médicos con doctorados o pos doctorados. **Conclusiones:** Se encontró, que en estos departamentos hay déficit de médicos en relación al número de habitantes y que este déficit es aún más marcado en el área rural. Así mismo se encontró que los médicos laboran en más de un lugar, mayoritariamente en el campo clínico y principalmente dedicándose a la práctica no institucional, lo que contribuye a la centralización del recurso médico en los cascos urbanos y a la inequidad en la distribución del mismo

1. INTRODUCCCIÓN

Los recursos humanos son pilares fundamentales para generar cambios y mejorar los sistemas de salud. Según el informe sobre la Salud en el Mundo 2006, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la falta de personal, junto con las carencias de entrenamiento y preparación constituyen el principal obstáculo para que los sistemas de salud respondan eficazmente a las necesidades de la población. El estudio hizo énfasis en la temática central del Día Mundial de la Salud 2006, "los recursos humanos en Salud", al hacer un llamado sobre la necesidad de mayores inversiones para mejorar las condiciones de trabajo de los recursos humanos, revitalizar las instituciones de formación y reforzar con ello la capacidad para enfrentar desafíos futuros de salud pública. (1, 2, 3,4)

La OMS señaló que la comunidad internacional cuenta con tecnologías y recursos económicos suficientes para hacer frente a la mayoría de estos retos sanitarios, pero hoy en día muchos sistemas de salud nacionales son indiferentes a las necesidades, no equitativos e incluso inseguros. El estudio indica que la OMS ha identificado un umbral en la densidad de personal sanitario por debajo del cual es muy improbable lograr una alta cobertura de intervenciones esenciales, tales como las que se requieren para cumplir las metas fijadas por los Objetivos de Desarrollo del Milenio del año 2015. (5, 6,7)

Basándose en estas estimaciones, hay actualmente 57 países con limitaciones críticas equivalentes a un déficit mundial de 2.4 millones de médicos, enfermeras y parteras. Para la OMS, todos los países sufren, en mayor o menor grado, necesidades en personal de la salud. (7) Si bien el problema afecta en mayor o menor medida a todo el planeta, la situación es muy distinta según se trate de países ricos o pobres. El 9.7% de la fuerza de trabajo en la Unión Europea es del sector de bienestar social. En España por ejemplo, a cada médico colegiado le corresponden de 250 a 275 habitantes. No parece pues que nos enfrentemos a un déficit absoluto, sino a distorsiones en la distribución de los profesionales, por especialidades, funciones y territorios. (8, 9, 10,11) Los problemas de escasez son un fenómeno generalizado, calculándose que sólo en África el déficit asciende a más de un millón de trabajadores sanitarios. La desigual distribución de estos trabajadores impide a muchos grupos acceder a servicios que salvan vidas, problema que se ve agravado por la aceleración

de las migraciones en un mercado laboral abierto que aleja a los trabajadores calificados de las comunidades y de los países más pobres. (11, 12, 13, 14)
La existencia de brechas en América Latina entre las necesidades de salud de la población y los recursos humanos disponibles (en adecuadas condiciones de cantidad y calidad) para responder a ellas, así como las limitaciones de los métodos que permitirían medirlas de forma cuantitativa y cualitativa, constituyen un factor clave para trabajar en el desarrollo e integración de los sistemas de salud de los países de la región y para la generación y aprovechamiento de bienes públicos globales de la salud. (6, 15,16)

En América Latina, la relación de médicos por cada mil habitantes es en promedio de 2,5 en los países ricos y de 0,1 en los pobres. Respecto a las especialidades, presenta escasez de médicos generales, aún cuando está comprobado que los médicos generales pueden diagnosticar más del 90% de los problemas vistos en la población; gran cantidad de especialistas y una pobre distribución geográfica de los médicos, por lo cual el número de médicos es muy variable de acuerdo a la región que se considere. (17,18) Mientras media Europa está en torno a los tres médicos por cada 1,000 habitantes, en los países centroamericanos este índice es considerablemente menor, llegando a ser hasta tres veces inferior. Así, el índice de desarrollo humano 2005 publicado por Naciones Unidas, refleja que Guatemala tiene 0,9 médicos por 10,000 habitantes, inferior a Nicaragua que posee 1,6. Esto coincide con el comunicado emitido por OPS en 2006, el cual reporta que en Guatemala existen 9.3 médicos por cada 10,000 habitantes. La meta recomendada es de 25 médicos por 10,000 habitantes. (8,11)

Pero el problema no es sólo de números, es también de distribución del personal. En Guatemala, en la ciudad capital hay 30 médicos por 10,000 habitantes, mientras que en el interior del país la cifra es mucho menor, especialmente en el altiplano donde existen departamentos con menos de 2 médicos por 10,000 habitantes. Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas ricas y urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial la que vive en las zonas rurales, tenga mayores dificultades parara acceder a los servicios de salud. Se estima que un 20% de la población no cuenta con servicios de salud o su acceso a éstos es limitado, sobre todo en las comunidades más dispersas y alejadas. La OMS establece que el tiempo que debe emplear una persona para desplazarse hasta el servicio de salud debe de ser menor a 60 minutos. Sin embargo, en Guatemala,

sólo un 10,7% de la población adulta tarda menos de una hora en llegar al servicio de salud. (2,5,17,18)
Según la Séptima Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud en Toronto, Canadá, promovida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud (OPS/OMS) en el año 2005, se establecieron las áreas críticas que deben ser solventadas en el desarrollo de los Recursos Humanos de Salud entre las que se encuentran: "Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones." (19)

Como respuesta a esta iniciativa, en el año 2006 se realizó en Guatemala un estudio que recogió los hallazgos de un censo realizado en el 2003, pero a pesar de haberse prolongado la recolección de datos hasta el 2005, solamente se obtuvo la respuesta voluntaria de 2,335 de los 13,168 médicos colegiados y 7,612 colegiados activos que se estimaron en ese momento. (20)

El Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala estimó que al finalizar el año 2006 había un total de 12,626 médicos colegiados y 9.7 médicos y cirujanos por 10,000 habitantes, esto sin tomar en cuenta la distribución de los mismos. (20)

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el 53 % de la fuerza laboral se encuentra en el departamento de Guatemala. La concentración de recursos humanos en el área metropolitana y la escasez de médicos con especialidades básicas en los hospitales departamentales provocan un déficit en la capacidad de atención en los servicios de salud de la población del área rural. (21)

Para fines del estudio se formuló la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características demográficas, laborales y académicas del recurso humano médico en la República de Guatemala?

Por lo expuesto anteriormente, el presente estudio pretendía crear un observatorio del recurso humano médico a nivel nacional, contribuyendo para esto, con la información de los departamentos de Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa, en donde se caracteriza al

médico en las esferas demográfica, laboral y académica, permitiendo visualizar un panorama general de dicho recurso.

En el Departamento de Jalapa se encontró 78 médicos, donde 77% son del sexo masculino, 83 % está casado, y 100% reside en área urbana.

En relación al aspecto laboral, se encontró que todos ejercen la profesión de Médicos y Cirujanos, de ellos 55% trabaja en más de un lugar y 87% de los médicos activos de este departamento, trabaja en los cascos urbanos.
En cuanto al lugar de trabajo, 55% lo hace en una entidad no institucional, 22% en una institución estatal, 13% en ONG's y 5% en institución autónoma y otro mismo porcentaje para las instituciones privadas.

Del total de médicos encontrados en Jalapa, 91% tiene una práctica profesional clínica. El 87% de los médicos labora en área urbana y lo hace principalmente en establecimientos tipo no institucional (55%), dedicándose primordialmente a la práctica clínica (91%).

Según el tipo de institución se encontró que los médicos de Jalapa laboran principalmente en establecimientos localizados en área urbana y son de tipo no institucional.
Del total de médicos se encontró que 81% se dedica a la práctica clínica y lo hace en área rural. Únicamente se encontró un médico que se dedica a la administración y uno a la docencia.

Se encontró que solo 24% posee únicamente licenciatura de médico y cirujano, el resto posee algún otro estudio. De ellos 5% se encuentra realizando residencia, 47% tiene especialización y 3% subespecialización. Se encontró 14% de médicos en Jalapa con maestrías, no se encontró médicos con doctorados o pos doctorados.
El 96% de los médicos egresó de la Universidad de San Carlos de Guatemala y se encontró un 4% que egresó de universidad extranjera.

En el departamento de Jutiapa se encontró 96 médicos, de los cuales 78% representa al sexo masculino y 22 % al sexo femenino. El total de médicos del departamento de Jutiapa se encuentra casado y 94% reside en área urbana, el resto lo hace en área rural.

Se puede mencionar dentro de las características laborales de los médicos de Jutiapa que 100% de los médicos del departamento labora realizando su profesión, ninguno posee otra profesión y 53 % labora en más de 1 lugar, 47% labora en 2 lugares, 9 % en 3 lugares y 2% en 4 lugares. El 99% del total de médicos de Jutiapa ejerce en área urbana, con 1% trabajando en área rural del departamento. De los 96 médicos entrevistados 43% labora en entidad no institucional, 42% en institución estatal, 11% en institución privada, 3% en institución autónoma y 1% ejerce en ONG. El 96% de los médicos de Jutiapa se desempeña en el ámbito clínico y 3% en administración, no hay médicos realizando docencia o investigación.

En cuanto a las características profesionales de los médicos de Jutiapa, 96% obtuvo su título de Licenciatura de Médico y Cirujano en la Universidad de San Carlos de Guatemala, 3% en una universidad extranjera y 1% en la Universidad Francisco Marroquín. El 48% de los médicos tiene solamente el grado de licenciatura, 52 % posee estudios de posgrado u otra licenciatura de acuerdo a los datos recabados. El 3% del total de médicos del departamento se encuentra realizando residencia, 49% cuenta con alguna especialización y 19% de los mismos con una subespecialidad. Solamente un médico había realizado estudios de maestría y no habían profesionales de la medicina que hubieran continuado estudios de doctorado o posdoctorado.

En el departamento de Santa Rosa se encontró que hay 141 médicos, de los cuales 72% son del sexo masculino y 28% del sexo femenino. El 68% de los médicos de este departamento se encuentra casado y 93% reside en área urbana.

A nivel laboral, 97% se encuentra activo, 43% trabaja en más de un lugar. El 53% lo hace en una entidad estatal, 33% lo hace en entidad no institucional, 9% en un lugar privado, 3% en una institución autónoma y 2% en una ONG.

En cuanto a la práctica profesional, 94% se dedica a la práctica clínica, 3% a la docente, 2% a lo administrativo y 1% a la investigación. El 97% del total de los médicos, labora en área urbana y el resto trabaja en área rural. En cuanto a las características profesionales de los médicos de Santa Rosa, 99% obtuvo su título de Licenciatura de Médico y Cirujano en la Universidad de San Carlos de Guatemala y 1% en la Universidad Francisco Marroquín.

Según la distribución del grado académico de los médicos de Santa Rosa, 26% posee solamente la licenciatura de Medico y Cirujano y 74% cuenta con otra licenciatura además de la anterior, o bien algún estudio de pos grado. El 29% del total de los médicos de Santa Rosa se encuentra realizando una residencia, 37% cuenta con una especialización y 24% con una subespecialidad; 8% tiene una maestría y ningún médico cuenta con doctorado o pos doctorado.

2. OBJETIVOS

2.1 General

2.1.1 Caracterizar el Recurso Humano Médico en los departamentos de Jalapa, jutiapa y Santa Rosa durante el periodo comprendido entre abril y mayo de 2008.

2.2 Específicos

2.2.1 Identificar:

2.2.1.1 Características demográficas del Recurso Humano Médico.

2.2.1.2 Características laborales del Recurso Humano Médico.

2.2.1.3 Características académicas del Recurso Humano Médico.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Recursos Humanos

3.1.1 Definiciones

3.1.1.1 Recursos Humanos: se refiere al inventario de personal operativo clasificado como profesional, técnico, auxiliares, administrativos y otros. (22) Así mismo, se define como el conjunto de experiencias, habilidades, aptitudes, actitudes, conocimientos, voluntades, etc. de las personas que integran una organización. Es el derivado de las personas y no las personas. (23) Otras fuentes describen al término como una rama de las ciencias de la administración (no necesariamente empresarial) dividida en cuatro pilares fundamentales: selección, capacitación, administración y motivación. (24) Administración y utilización de personal regímenes, normas, técnicas y otros aspectos. Desarrollo de personal capacitación, evaluación del desempeño, carrera administrativa. Perfiles laborales ocupacionales, perfiles funcionales y perfiles educacionales. (25)

3.1.1.2 Capital Humano: riqueza, valor, acción, bien principal o más importante de una persona capaz de regenerarlo con energía física y mental, el cual es dinámico, surge, se desarrolla y proporciona valor por la actividad social o de producción del hombre. (26)

3.1.1.3 Administración del personal de recursos humanos: se encarga de especificar tiempos, competencias, estándares, salarios, jornadas y desempeño de las personas. (23)

3.1.1.4 Personal Médico: persona autorizada legalmente, con título profesional y licencia, que desempeñan labores relacionados con la atención médica en beneficio de los pacientes. (22)

3.1.1.5 **Médicos generales:** persona que cuenta con título y licencia profesional para ejercer la medicina mediante el diagnóstico y tratamiento de la patología más frecuente. (22)

3.1.1.6 **Médicos especialistas:** profesional de la medicina que cuenta con estudios de especialización, título, y licencia profesional de alguna especialidad de una rama de la medicina para la atención de la salud o de padecimientos referidos a un órgano, aparato o sistema. (22)

3.1.1.7 **Atención en salud**: el conjunto de servicios basado fundamentalmente en el capital humano. Los prestadores de atención a la salud personifican los valores esenciales del sistema: curan y atienden a las personas, alivian el dolor y el sufrimiento, previenen enfermedades y mitigan los riesgos; son el vínculo humano entre conocimiento y acción sanitaria. (27,28)

3.1.1.8 **Atención integral de la salud:** conjunto de intervenciones necesarias para promover, conservar y recuperar la salud, individual y colectiva, prevenir las enfermedades, realizar tratamientos y ejecutar acciones de rehabilitación, todos ellos en cantidad, calidad, oportunidad y eficiencia. (27,28)

3.1.1.9 **Fuerza de trabajo en salud:** la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que consiste de todos aquellos trabajadores de salud responsables por contribuir directa o indirectamente al desempeño de las funciones. (29)

3.1.2 El término recursos humanos se originó en el área de economía política y ciencias sociales, donde se utilizaba para identificar a uno de los tres factores de producción (recursos humanos, tierra y capital). Durante muchos años se consideró como un recurso más: predecible y poco diferenciable. (30) Si se habla de

recursos, se refiere a algo funcional, prescindible y casi desechable, en función de otros criterios u objetivos. (31) Las personas son el elemento común en todas las organizaciones, crean los objetivos, las innovaciones y realizaciones por las que se mantienen las organizaciones. Las personas son recursos, y sin ellos las organizaciones no podrían existir. (32)

Las pasadas definiciones de Recursos Humanos concebían al hombre como integrante de una organización el cual era sustituible, como un dispositivo más de la maquinaria de producción, contrario a una concepción de indispensable para la organización. Al catalogar a la persona como un recurso humano se toma a ésta como un instrumento sin considerar que es el capital principal, el cual posee habilidades y características que le dan vida, movimiento y acción a toda organización. (33)

El concepto moderno de recursos humanos surge en la década de 1920, en reacción al enfoque de "eficiencia" de Taylor. Los psicólogos y expertos en empleo iniciaron el movimiento de recursos humanos, que comenzó a ver a los trabajadores en términos de su psicología y adecuación a la organización, más que como partes intercambiables. Este movimiento creció a lo largo del siglo XX, poniendo cada día mayor énfasis en cómo el liderazgo, la cohesión y la lealtad jugaban un papel importante en el éxito de la organización. (30)

A medida que el mundo empresarial se daba cuenta que un empleado era mucho más que "trabajo", y que podía aportar más que eso a la empresa y a la sociedad, se creó el concepto de "capital humano", que engloba la complejidad de este recurso. Cuando se utiliza en singular, "el recurso humano", generalmente se refiere a las personas empleadas en una empresa u organización. Es sinónimo de "personal". (30)

Hacia finales del siglo XX y principios del XXI, el conocimiento y las habilidades del "recurso humano" han cobrado una gran importancia. De allí que el área de Recursos Humanos se haya

convertido en un área vital para el éxito de la organizaciones. (30)

Las organizaciones han comenzado a considerar a los Recursos Humanos como su capital más importante ya que toma tiempo reclutar, capacitar y desarrollar al personal para conformar grupos de trabajo competitivos. (33)

Para que las organizaciones logren sus objetivos se requiere de una serie de recursos que deben ser administrados correctamente. Son tres los tipos de recursos:

a. Recursos materiales: comprenden capital, instalaciones, equipo, materias primas, etc.

b. Recursos técnicos: comprende sistemas, procedimientos, organigramas, etc.

c. Recursos humanos: comprende no sólo el esfuerzo y actividad humana, sino conocimiento, experiencia, aptitudes, habilidades, etc. (33)

El enfoque que se le debe dar a los Recursos Humanos es el de administrar el recurso más importante para toda la sociedad: los hombres y las mujeres constituyen el elemento básico para que las organizaciones alcancen sus objetivos. La dignidad humana no deberá perderse en el proceso de alcanzar dichos objetivos y solamente con una atención cuidadosa a las necesidades de las personas, cualquier organización puede crecer y prosperar. (33)

Generalmente la función de Recursos Humanos está compuesta por áreas tales como reclutamiento y selección, compensaciones y beneficios, formación y desarrollo, y operaciones. Dependiendo de la empresa o institución donde la función de Recursos Humanos opere, pueden existir otros grupos que desempeñen distintas responsabilidades que pueden tener que ver con aspectos tales como la administración de la nómina de los empleados, el manejo de las relaciones con sindicatos, etc. (34)

La dirección general de recursos humanos en salud tiene como responsabilidad primaria participar en la planificación, diseño e instrumentación de las políticas de desarrollo de recursos humanos. Entre sus principales funciones se haya intervenir en la elaboración de los concursos de los profesionales de la carrera y entender en la capacitación permanente, tanto del personal de planta como de los sistemas de residencias, concurrencias y escuela de técnicos. (35)

Los recursos humanos en salud varían entre los países de la región de las Américas, pero hay problemas de naturaleza semejante en todos ellos, como el desequilibrio de la disponibilidad de composición y distribución de la fuerza de trabajo, combinado con el deterioro de las condiciones de trabajo, la precariedad de los incentivos y la falta de estrategias adecuadas de educación permanente. (36)

3.1.2.1 Recursos Humanos en Salud

Numerosos investigadores han definido la fuerza de trabajo del sector salud como el conjunto de personas, ya sean profesionales, técnicos o personal sin instrucción específica, vinculados con el sector ó pretensión de encontrarse vinculados con éste. (37)

En relación a la definición de recurso humano en salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que “consiste de todos aquellos trabajadores de salud responsables por contribuir directa o indirectamente al desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Publica (FESP), independientemente de su profesión y la institución donde ellos realmente trabajan”. (29)

El recurso humano en salud está conformado por el conjunto de profesionales, técnicos y personal sin instrucción específica que está vinculado a la gestión del sector salud, es decir médicos, enfermería, radiólogos, camilleros, trabajadores manuales, choferes de las ambulancias, etc. (38)

El concepto de recursos humanos para la salud fue redefinido por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) el 7 de abril de 2006, día mundial de la salud, dedicado a los trabajadores de salud; entendiéndose como " los hombres y mujeres que trabajan en el campo de la salud y no solamente médicos ó enfermeras, sino también empleados en el campo de la salud pública, creadores de políticas de ámbito sanitario; y también los educadores, los administrativos, la comunidad científica, los profesionales farmacéuticos y muchos trabajadores más." En suma, son todas las personas que trabajan en las diferentes profesiones de cuidado a la salud. (27, 28,39 y 40)

El reporte mundial de la salud del 2006 elaborado por la OMS define el concepto de recursos humanos en salud como todas las personas que se encuentran comprometidas en acciones cuyo intento es mejorar la salud. Ésta definición es una extensión de la definición de la OMS sobre los sistemas de salud, cuyas actividades tienen como principal objetivo mejorar la salud. Los trabajadores en salud tienen una importante contribución y funciones críticas en muchos de los sistemas de salud. Estrictamente hablando, esta definición incluiría a todas las madres que cuidan a sus niños enfermos y a otras personas que realizan actividades no remuneradas ya que contribuyen y son críticos en el funcionamiento de muchos sistemas de salud. Sin embargo, el dato disponible del número de trabajadores de salud, generalmente se limita a personas que realizan actividades remuneradas. Esta definición no está bien estructurada ya que en la práctica no es posible aplicarla porque los datos de los trabajadores en salud no proveen suficientes detalles para permitir la distinción entre aquellos que se encuentren directamente relacionados al sistema de salud y los que brindan ayuda para mejorar la salud. Es por ello que el enfoque que se le da incluye a los trabajadores empleados por

organizaciones o instituciones cuyo objetivo primario es la mejora en salud, así como toda aquella persona cuyo objetivo sea el mismo pero trabajen en otro tipo de organizaciones. (41)

El sistema permite la distinción de dos tipos de trabajadores en salud. El primer grupo comprende a todo el personal que provee servicios de salud y se les conoce como “proveedores de servicios de salud”; el segundo grupo incluye a personas que no se encuentran relacionados directamente con proveer los servicios y se les llama “trabajadores en administración y soporte de la salud”. (41)

Los datos actuales no permiten que las personas que trabajan parcialmente para mejorar la salud, como los trabajadores sociales, voluntarios, etc., sean reconocidas como recursos humanos en salud. (41)

La Dra. América Mazariegos de Fernández de la OPS se refirió a la complejidad de los recursos humanos en el Sector Salud, que incluye no sólo a los prestadores de servicio, sino a las escuelas formadoras, las universidades, los sindicatos, los colegios profesionales, etc. (42)

3.1.2.2 Principios de los recursos humanos

En general, los recursos humanos en salud se rigen por los siguientes principios generales:

3.1.2.2.1 Equidad: La formación y el desempeño de los recursos humanos en salud deben estar orientados a proveer accesibilidad a la atención integral de la salud, y utilización de los servicios, de igual calidad, a todos los habitantes del territorio nacional, de acuerdo con sus necesidades e independiente de su capacidad de pago. (43)

3.1.2.2.2 **Solidaridad:** La formación y el desempeño de los recursos humanos en salud deben estar fundamentados en una vocación de servicio que promueva el apoyo a la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las instituciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil. (43)

3.1.2.2.3 **Calidad:** Es un atributo que debe caracterizar la formación y el desempeño de los recursos humanos en salud, conducente al logro de los mayores beneficios posibles en la atención, dentro de la disponibilidad de recursos del sistema de servicios y con los menores riesgos para los usuarios de esos servicios. Se le reconocen dos componentes interrelacionados: el ejercicio de competencias propias de cada campo de actividad y la satisfacción de los beneficiarios del servicio. (43)

3.1.2.2.4 **Integralidad:**Es una característica fundamental del proceso de atención de la salud, en el cual se reconocen intervenciones y actividades de promoción de la salud, de prevención y tratamiento de enfermedades, de rehabilitación y de movilización de acciones intersectoriales, que, según proceda, deben realizar los recursos humanos, en función de la salud individual y colectiva. (43)

3.1.2.2.5 **Concertación:** Se entiende por tal el proceso mediante el cual se deberán establecer espacios y mecanismos formales para propiciar acuerdos conceptuales y operativos y definir líneas compartidas de acción, por parte de los diferentes

agentes y actores profesionales e institucionales que intervienen en los servicios de salud. (43)

3.1.2.2.6 **Unidad:** Debe ser una característica del accionar de los diferentes actores institucionales que intervienen en la formación y el desempeño de los recursos humanos en salud, para buscar y concretar la articulación y la armonización de las políticas, estrategias, instrumentos legislativos, normas, procesos y procedimientos que rigen en sus respectivos campos de actuación para lograr un desarrollo equilibrado y acorde con las necesidades del país. (43)

3.1.2.2.7 **Eficiencia:** Debe ser una característica de la gestión de las instituciones para la formación y desempeño de los recursos humanos para lograr la mejor utilización, social y económica, de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles con el propósito de que los beneficios a que da derecho la seguridad social en salud sean puestos al servicio de la población en forma adecuada, oportuna y suficiente. (43)

3.1.2.2.8 **Efectividad:** Son atributos o características que se deben expresar en el desempeño de los profesionales, técnicos y auxiliares que actúan en los servicios de salud, cuyas acciones deben procurar el logro de resultados eficaces en la atención de salud individual y colectiva, mediante la utilización eficiente de los recursos disponibles y la selección del mejor curso de acción alternativo en términos de costos. (43)

La reunión regional de los observatorios de recursos humanos en salud en Toronto, Ontario, Canadá,

2005 definió los siguientes principios respecto al tema:

- Los recursos humanos son la base del sistema en salud: el desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas en salud y de su mejoramiento. La contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la capacidad del sistema en salud de asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población. (19)

- Trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social: el trabajo en salud es un servicio público y un bien social de gran importancia para el desarrollo humano. Es necesario un equilibrio entre los derechos y responsabilidades sociales de los trabajadores de salud y los derechos sociales y responsabilidades de los ciudadanos que merecen la atención y el derecho a la salud. (19)

- Los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo: el desarrollo de los recursos humanos en salud es un proceso social (no exclusivamente técnico), orientado a mejorar la situación de salud de la población y la equidad social, a través de una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada. Este proceso social tiene como uno de sus protagonistas a uno de los trabajadores de salud. (19)

- Se considera que para el desarrollo de los recursos humanos de salud (planificación, gestión y desarrollo) es preciso un planteamiento interdisciplinario, intersectorial y de múltiples servicios. Así se reconocen las funciones complementarias de los dispensadores de servicios de salud y se valora la contribución de las distintas

disciplinas. Se precisan las aportaciones de los principales interesados: consumidores, dispensadores de servicios, personal docente, investigadores, empleadores, directivos, administraciones, financiadores y organizaciones de profesiones de salud. (44)

3.1.2.2 9 Misión de los Recursos Humanos en Salud

El 7 de abril de 2006, día mundial de la salud, dedicado a los trabajadores de salud, OPS/OMS definió la misión de la unidad de recursos humanos para la salud, la cual consiste en "aumentar la eficiencia, calidad y equidad de los servicios de salud por medio de una fuerza de trabajo bien formada, bien distribuida y bien retribuida que tenga la capacidad de satisfacer las necesidades de salud de toda la población y que esté comprometida con la entrega de los mejores servicios sanitarios." (27)

El recurso humano en salud juega un papel estratégico en todo proceso de cambio, ya que es el responsable de implementar las propuestas diseñadas por el Ministerio cabeza del sector. Por lo tanto, es necesario generar condiciones favorables y estables para contar con la participación del personal en las iniciativas desarrolladas. (45)

3.1.2.2.10 Importancia de los Recursos Humanos en Salud

Félix Rigoli, asesor regional para el desarrollo de Recursos Humanos de la OPS cita: "La calidad del sistema de salud de un país es en gran parte función de la capacidad de la fuerza laboral del sector. Esta requiere desarrollarse y fortalecerse con mejores políticas y más oportunidades educacionales y de capacitación." (46) La efectividad del sector salud depende en cómo los recursos humanos se desarrollan y son utilizados. (47)

Según el Sector Público de salud en México, en el gobierno y Organismos no Gubernamentales (ONG) el costo del recurso humano es, por mucho, el mayor en el que se incurre para mantenerlos operando y garantizar así un servicio de calidad al ciudadano. Los recursos humanos bien administrados mejoran la operación de los gobiernos y las instituciones en forma directa contribuyendo a establecer diferencias en los niveles de servicio ofrecidos a los ciudadanos, a las empresas y otros gobiernos. (48)

Dada la importancia de los recursos humanos para el sistema de salud se debe llevar a cabo una planificación para asegurarse que haya suficiente personal disponible con las competencias adecuadas para así entregar una atención de salud de buena calidad a la población. (49)

El recurso humano juega un papel estratégico en todo proceso de cambio, ya que es el responsable de implementar las propuestas diseñadas por el Ministerio cabeza de sector. Por lo tanto, es necesario generar condiciones favorables y estables para contar con la participación del personal en las iniciativas desarrolladas. (38)

El trabajo de los recursos humanos que operan en el sector sanitario se traduce en mejoras reales de salud de la población por lo que se reorienta al sector hacia actividades de salud pública que den respuesta a las necesidades de salud de la población y a sus determinantes. (50)

3.1.3 Recurso Humano Médico en Salud

El trabajo médico es un trabajo individual, su función es el trato directo con el paciente. Esta relación incluye dos aspectos básicos, siendo el primero relacionado con la salud fisiológica del paciente y el segundo relacionado a la parte psicológica de la comprensión del mal y la forma en que ésta afecta al paciente. Ésta última es compatible con el trato y el respeto del médico hacia el paciente.

(51) La atención médica de alta calidad y el mantenimiento y el desarrollo de las habilidades y técnicas de un médico, así como el descubrimiento de información y nuevos conocimientos están ligados inseparablemente a las oportunidades que tiene el médico de dar a tención a los pacientes y de lograr experiencia clínica. (52) Las expectativas personales del médico se basan en dos aspectos básicos: la actualización profesional y la retribución económica. (51)

La responsabilidad del médico es directa e individual con el paciente, ya que no está formado para trabajar en función institucional, por ello rara vez toma partido en el desarrollo de la organización en que labora, lo cual dificulta la identificación del mismo con dicha organización. (51)

El rol del médico como recurso humano en salud dentro de las instituciones de salud es el principal, ya que son los prestadores directos de servicio a los pacientes. (51)

La disponibilidad de recursos humanos puede enfocarse mediante el número y la tasa de profesionales sanitarios colegiados, por tipos, aunque las cifras pueden tener problemas de fiabilidad y necesitan un referente para sus valores óptimos (medidos según el grado de ajuste a las necesidades de salud presentes y futuras). (53)

En el recurso medico la especialización parece ser una tendencia creciente en el desarrollo de la carrera profesional en el mundo occidental. Este proceso, que muchas veces exige un compromiso formal y un aprendizaje guiado, debe ser analizado más allá de la perspectiva de los actores involucrados directamente en la formación. (54)

3.2 Políticas sobre Recursos Humanos

3.2.1 Definiciones

3.2.1.1 Formulación de Políticas: El proceso de decisión en el cual, individuos, grupos o instituciones establecen la políticas relativas a planes, programas y procedimientos. (55)

3.2.1.2 Política de Salud: Decisiones desenvueltas generalmente por formuladores de políticas del gobierno, para la definición de los objetivos inmediatos y futuros del sistema de salud. (55)

El estudio de las personas es el elemento básico para comprender las organizaciones y particularmente la administración de recursos humanos. El recurso humano constituye el factor clave para el buen desempeño de la misión social de toda institución de salud. Las políticas surgen en función de la racionalidad, la filosofía y cultura de los establecimientos hospitalarios en los que se desenvuelven. Estas son reglas que se establecen para dirigir funciones y asegurar que éstas se desempeñen de acuerdo con los objetivos deseados. Las políticas de recursos humanos se refieren a la manera como los hospitales aspiran a trabajar con sus miembros para alcanzar por medio de ellos los objetivos organizacionales. (56)

La modernización y fortalecimiento del sector público de salud pasa por una política de recursos humanos que garantiza el adecuado reconocimiento y materialización de la vocación de servicio de los trabajadores, así como sus valores y los de la propia institución, el uso eficiente de la infraestructura, el perfeccionamiento de los niveles tecnológicos y las oportunidades de capacitación.

El proceso de introducción de un nuevo modelo de gestión de recursos humanos implica:

- Definir políticas explícitas de recursos humanos.
- Definir e incorporar a las instituciones del sistema un equipo multiprofesional de diferentes disciplinas involucradas en la gestión de recursos humanos.
- Capacitar a los equipos directivos del sistema en el manejo gerencial de los recursos humanos.

La formulación de políticas y la elaboración de planes de intervención en el área de recursos humanos de salud debe ser el resultado de un conjunto de medidas cuya aplicación tenga repercusión sobre concepciones y alcances de las propuestas en salud y sobre el desarrollo de los servicios de salud. (57)

El desarrollo en recursos humanos deberá estar orientado a asegurar la cobertura de los servicios, el impacto de las acciones y la satisfacción del usuario y del trabajador de salud. Los temas relacionados con recursos humanos representan un componente crítico para delinear las políticas sectoriales. Actualmente hay una depresión en el nivel salarial que hace que el costo oportunidad que tienen las personas para acceder al sistema sea muy desventajoso, de tal modo que los profesionales mejor calificados en su área no tienen como prioridad el sector público. (58)

En la actualidad todavía existe una gran proporción de la población mundial que simplemente no tiene acceso a la salud o que dispone de una cobertura médica insuficiente para sus necesidades, afectando esta situación especialmente a los más pobres o a quienes presentan

una mayor vulnerabilidad en su condición de salud. Desde la óptica de la cobertura de salud, en aquellos países donde existe preeminencia de seguros privados de salud, como en el caso de Estados Unidos y Suiza, hay una proporción importante de personas que queda sin cobertura de sus gasto médicos por no disponer de ingresos para pagar sus primas de seguros o por presentar características de edad o de salud que les impiden calificar para una adecuada cobertura de sus atenciones, fenómeno que es conocido en la literatura como "Descreme de Mercado" o "Selección de Riesgo". Tal situación, obliga a que opciones públicas de seguros se hagan cargo de la cobertura médica de las personas pobres y con mayores riesgos, generándose una demanda creciente por más recursos que, al no ser satisfecha, introduce restricciones de tipo cuantitativo en la provisión de servicios, como colas o listas de espera, que también se traducen en una cobertura insuficiente, de la población que presenta mayores necesidades. Este escenario no es muy distinto en aquellos países como Inglaterra y Canadá, que por los mismos problemas, han optado por un Sistema Nacional de Salud de carácter único financiado con impuestos generales. (59)

Esta situación hace que el sector público pierda poder monopólico, tanto más cuanto mayor sea la importancia del sector proveedor privado. Esto va acompañado de una creciente "dualización" de la atención de salud, coexistiendo un sector público, retrasado tecnológicamente, de menor calidad en inferiores rentas, con un sector privado en la punta de la tecnología, mejor calidad y dinámica evolutiva centrada en la obtención de rentas innovativas derivadas de la propiedad de equipos de infraestructura sofisticados. Por esta dualización, que genera incontenibles presiones sobre el sector público, también mantienen informales vasos comunicativos entre ambos sistemas derivados de la práctica médica

alternada, usualmente el mismo día. En ausencia de un adecuado marco regulatorio, alienta la migración profesional desde el sector público al privado. Al mismo tiempo hace aflorar las imperfecciones que caracterizan los mercados de salud, favoreciendo conductas que permitan a los proveedores aumentar las demandas por sus servicios, generar sobre prestación e inducir sobre consumo. (60)

Las políticas establecen el código de valores éticos de los establecimientos asistenciales y le permitirán dirigir las relaciones con sus usuarios y proveedores. A partir de dichas políticas pueden definirse los procedimientos que se implantarán, los cuales son caminos de acción predeterminados para orientar el desempeño de las operaciones y actividades, teniendo en cuenta los objetivos de la organización. (56)

a. Políticas de Obtención de Recursos Humano

- Optimizar el tamaño del estado y expansión del empleo público en salud. Desarrollo de estudios y metodologías para determinar necesidades de recursos humanos. Investigación permanente del mercado del trabajo en salud.
- Reclutamiento y selección del personal para la provisión de sus cargos.
- Inducción y orientación de personas.

b. Políticas de Utilización de Recursos Humanos

- Desarrollo de estilos de gestión orientados a resultados.
- Definición de planes de carrera para el personal para visualizar expectativas.
- Evaluación del desempeño de los trabajadores.

c. Políticas de Mantención de Recursos Humanos

- Remuneraciones ligadas al desempeño funcionario y al mérito. Cerca del 60% del presupuesto que el país destina a salud se ocupa en remuneraciones. (58)
- Información y orientación del personal.
- Comunicación para mantener un clima laboral adecuado y estable.
- Planes y sistemas de bienestar y beneficios sociales.
- Calidad del entorno laboral.

d. Políticas de Desarrollo de Recursos Humanos

- Capacitación en beneficio del progreso de las instituciones.
- Reentrenamiento y adaptación tecnológica asociada a los programas de capacitación.
- Desarrollo organizacional y adaptación a los procesos de cambio.

e. Políticas de Egreso de los Funcionarios

- Siendo enfrentada con anticipación de tal modo que permita informar y preparar al trabajador con respecto a las nuevas condiciones que le depara esta etapa de su vida.

f. Políticas de Control de Gestión de los Recursos Humanos

- Registro de profesionales y técnicos de salud para ejercer los roles técnicos del área.
- Sistemas de información para la gestión.

g. Políticas de Relaciones Laborales

- Especificidad del sector público de la salud, tomando en cuenta la distribución de trabajadores, características sociales y profesionales.

- Valoración del diálogo como método de relación laboral.
- El principio de respeto mutuo, para dar y establecer igualdad de oportunidades y de condiciones laborales. (56)

3.2.2 Políticas a nivel mundial

La planificación de los recursos humanos es una función consistente e importante en la mayoría de Ministerios de Salud. Al tiempo que el debate sobre la planificación sanitaria y de los recursos humanos se polarizaba entre planificación normativa y planificación estratégica; la prioridad de la función planificadora en las organizaciones de salud se fue diluyendo hasta casi desaparecer del lenguaje cotidiano de dirigentes y gerentes sectoriales. Sin embargo persistieron algunas prácticas derivadas de la planificación. Es decir, aunque el discurso dominante no la incluya, en los países hay una planificación realmente existente. (61)
Un dato relevante de la realidad del campo de los recursos humanos es la persistencia o agravamiento de problemas de disponibilidad, distribución y estructura de la fuerza de trabajo en salud en casi todos los países. (62)

La compleja relación entre reformas sectoriales y el desarrollo de recursos humanos en salud está llena de paradojas. Una de ellas se refiere a que a pesar de la ausencia de las cuestiones del personal en salud en las agendas y discursos políticos de las reformas, éstas han producido importantes cambio con impactos significativos en el conjunto del campo de los recursos humanos. (63)

Para analizar el impacto de las reformas sectoriales sobre los trabajadores y su desempeño se necesita un marco de referencia que va más allá de la institucionalidad del sector de la salud. Así, cobran relevancia las reformas del estado y en la administración pública, tanto por la reducción del personal que se llevó a cabo en muchos países, como por los cambios normativos que abren paso, entre otras posibilidades, a modos flexibles de empleo (público y privado). También es importante tener en cuenta los cambios en la

situación y en las normas generales de empleo de las economías nacionales, configuradas por las llamadas reformas laborales; así como las reformas de los sistemas educacionales, de manera especial las que afectan los niveles secundario y terciario. (61)

Dentro del propio sector de la salud, algunos procesos incluidos en las reformas han contribuido a cambiar las condiciones y las relaciones laborales en los servicios de salud.

3.2.2.1 Impacto de reformas sobre el desempeño del personal de Salud

Persiste la escasez de información oportuna y de calidad para la toma de decisiones en materia de personal, además de poco profesionalismo entre los responsables de la gestión de los recursos humanos, terreno restringido a las jefaturas de personal en vez de ser función de la dirección del servicio. (61)

La educación superior y técnica de profesionales en salud también ha sido y sigue siendo objeto de cambios muy importantes en este período de reformas sectoriales. El viejo problema de la inadecuación de la formación frente a las necesidades poblacionales y de los servicios (derivado de la vigencia de un modelo educacional biomédico, recuperativo, centrado en la enfermedad y orientada a una práctica especializada) sigue siendo todavía el más importante. Modelo que es refractario tanto a cambios curriculares como a iniciativas de integración docente-asistencial y, que se traduce, entre otras situaciones, en un divorcio, y no siempre buenas relaciones, entre escuelas y servicios. Por esto, los cambios en los modelos de atención no han encontrado una respuesta adecuada y oportuna en la formación de los recursos humanos. (61)

Se asiste a una demanda general y creciente por mejorar la calidad de la formación y la capacitación del personal,

que en muchos casos se asocia a procesos de regulación, específicamente de acreditación de escuelas y programas educacionales. Hay razones de peso: de un lado, ha existido un progresivo deterioro en muchas instituciones educacionales de las condiciones en las que se desarrolla la práctica educativa. De otro lado, se han promovido en algunos países procesos de desregulación de la educación superior y técnica que no han sido acompañados de los imprescindibles controles de las autoridades sanitarias o educativas. La cuestión de la calidad no se restringe a la educación de pregrado o de calificación técnica, es también un problema en el posgrado y nos remite a la compleja cuestión de las residencias, la especialización y la educación permanente y continuada, así como a la educación en Salud Pública. (63)

3.2.2.2 Planificación de Recursos Humanos en perspectiva

Tradicional y convencionalmente la planificación de recursos humanos ha sido entendida como la búsqueda de un balance de la ecuación entre oferta y demanda de personal en los sistemas de salud. (64)

La práctica real de planificación de recursos humanos se basaba en el cálculo de la disponibilidad o de la oferta usando alguno de los métodos conocidos (por lo común dependiente de la información disponible) y a partir de allí se proyectaban las necesidades futuras, en un determinado horizonte temporal, en función de una meta o parámetro internacionalmente aceptada.

A mediados de los ochenta surgió, como consecuencia de los problemas de inefectividad de la planificación de recursos humanos, e influenciada por el pensamiento estratégico aplicado a la salud, los planteos teóricos de la llamada planificación estratégica y/o situacional. El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos promovió activamente el desarrollo de nuevas aproximaciones a la

planificación del personal que consideraran las dimensiones políticas, la incertidumbre y la complejidad del campo sanitario y del campo de recursos humanos como condicionantes del proceso y de planificación y de los objetivos y componentes del plan. (64)

3.2.2.2.1 Comparación de experiencias de planificación de Recursos Humanos en Salud de ocho países

Alemania

Organización

- Contexto laboral enfatiza derechos individuales y poca intervención y regulación desde el Estado.
- Regionalización geográfica.
- Tendencia a sobreproducción de médicos.
- Recorte de presupuestos para contratos.
- Reforma de salud de 1993.
- Disminución del estándar de médicos por población.
- Asociaciones de médicos regionales y locales y fondos de aseguramiento definen las reglas de planificación usando básicamente estándares por población, que luego aprueba el Ministerio de Salud.

Metodología

- Valores estandarizados por región y por población.
- Si hay desequilibrios, el comité regional analiza el caso (actividad, productividad, edad, práctica médica, estructura y

característica de la población) y toma decisiones.

Países Bajos

Organización

- Asociaciones profesionales determinan su propia política en cuanto al número y las especialidades.
- Las plazas para residencias para médicos y enfermeras se determinan por el gobierno.
- Los organismos estatales tienen la responsabilidad de contratar a los estudiantes y financian sus contratos.
- En 1999 se inicia proceso de planeación con una unidad creada por el gobierno con participación tripartita (grupos profesionales, compañías de seguros / fondos de enfermedad e instituciones de formación y entrenamiento).

Metodología

- Anualmente la unidad tripartita emite recomendaciones sobre número de doctores a ser entrenados, análisis de la demanda y oferta del sistema de salud en un horizonte de 10 y 20 años.
- Apoyo del instituto nacional de investigación en servicios de salud: investigaciones específicas sobre fuerza de trabajo.
- En 2002 se recomendó aumentar el número de estudiantes a ser admitidos a las universidades y aumentar el número de puestos para entrenamiento de médicos generales.
- Existe un fondo adicional para entrenar especialistas.

Australia

Organización

- Existe un comité de asesoría al gobierno en fuerza de trabajo médica que reporta al consejo de ministerios de salud australianos.
- Participan: Instituto de salud y bienestar especializado en datos. Comisión de aseguramiento en salud, departamento de inmigración y asuntos multiculturales, departamento de educación, entrenamiento y asuntos de juventud, departamento de educación, entrenamiento y asuntos de juventud, departamento común de salud y cuidados, autoridades estatales y territoriales de salud.

Metodología

- Se da una redefinición del foco sobre médicos a una aproximación de equipo de salud.
- El comité trabaja de acuerdo con el lugar, número de servicios y complejidad y se procede a medición de estándares de productividad y existencia de acuerdo con el escenario.
- Los requerimientos se definen por estándar médico-población, medición de necesidades, benchmarking internacional, mejores prácticas, medición económica de la demanda y su crecimiento.
- Con información sobre demanda y oferta se estiman las necesidades de grupos de atención.
- Se dicta la política y se monitorea la implementación de las decisiones cada cinco años y se hacen los ajustes.

Nueva Zelanda

Organización

- Con el objetivo de fortalecer atención primaria y equipos de trabajo se crea un comité asesor de la fuerza de trabajo 2001.

Metodología

- La solicitud formal del Gobierno para este comité es asumir una visión estratégica de la fuerza de trabajo requerida para prestar servicios en el futuro más allá de cuantos se requieren y hacer un plan para ello.

Cuba

Organización

- El gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y su unidad especializada en planificación de recursos humanos formulan un plan nacional de necesidades de personal en un período de 10 años.
- El plan que sigue las directivas emanadas de la dirección estratégica del desarrollo del país responde a las metas y directrices del desarrollo del sistema nacional de salud, y se formula participativamente con las provincias, y es de cumplimiento obligatorio por todas las instancias, jurisdicciones y organizaciones del sistema de salud y de las instituciones formadoras de recursos humanos de salud (subordinadas al Ministerio de Salud).

Metodología

- Utiliza combinación de metodologías normativas y análisis de tendencias, con uso predominante del método de balance con paneles de expertos para seleccionar las medidas y estimar el impacto de los avances

tecnológicos, evidencias para decisiones en el sistema y la productividad.

- Análisis continúo de productividad de grupos de médicos de familia y de especialistas y su capacidad de resolución de problemas de salud.
- Se establece un plan para la formación agregando al cálculo la reserva de personal destinada a la colaboración internacional y las implicaciones del año sabático en función de las metas del sistema.

Estados Unidos de América

Organización

- Gobierno federal asume responsabilidad de planificar y corregir los desequilibrios en la distribución.
- Los estados planifican y financian educación, licencian y regulan la práctica.
- Controla los seguros.
- Compra los servicios y define los subsidios y programas de incentivos para profesionales según especialidad.
- Gobierno federal produce información actualizada sobre profesionales y trabajadores disponibles acreditados y trabajando, número de empleados en las instalaciones de salud, salarios, población servida, infraestructura de salud y gasto en atención de salud.

Metodología

Existe un consejo asesor para fuerza de trabajo y una unidad pequeña de información que:

- Hace investigación y genera reportes sistemáticos de datos que analizados se distribuyen periódicamente.

- Define las prioridades de la agenda en fuerza de trabajo para cada año y crea estándares, definiciones y protocolos para facilitar la comunicación análisis, realiza estudios especiales por asuntos legislativos.
- Desarrolla modelos para proyección de oferta y demanda y obtiene consensos sobre los temas álgidos. Mantiene una red electrónica con participación de organizaciones para compartir información.

Canadá

Organización

- Hace más de 20 años existe un Comité Asesor de Recursos Humanos en Salud (ACHHR). Funciona con delegados de los Vice ministerios de salud de las Provincias y Territorios y delegados del Gobierno federal. Se dedica a la planificación de la mano de obra médica y realiza estudios sobre la oferta y demanda de enfermeras.
- Posee dos comisiones especializadas: una vinculada a la previsión de escenarios futuros (forecasting) y otra que ha desarrollado un marco de objetivos, principios, guías de trabajo y directivas estratégicas que permiten planificar en forma coherente a las diferentes provincias y territorios.
- Como cada jurisdicción es independiente para fijar sus prioridades, la función de estas Comisiones es financiar estudios que luego las diferentes autoridades regionales utilizan en forma coordinada. A partir de 2001 fue reconocida la necesidad de integrar en el proceso de planificación la participación y la opinión de actores interesados.

Metodología

- Los principales esfuerzos de planificación sistemática se han hecho en relación con el número de médicos, utilizando como variables el número de ingresos en las escuelas de medicina y el número de aceptaciones de solicitudes de graduados extranjeros. Este cálculo se hace con horizontes de cinco años.
- En los últimos diez años se integró en este cálculo la tasa de población femenina en la fuerza de trabajo médico, dadas las evidencias sobre las diferencias en número de horas semanales y edad de retiro en hombres y mujeres.
- Se han desarrollado dos bases de datos para la planificación futura de médicos y enfermeras. Los componentes de información de estas bases son los siguientes: número de identificación único, base de datos de instituciones educativas, conjunto de equivalentes de carga de trabajo, modelos matemáticos de oferta futura y datos de migración y movilidad interprovincial.

Reino Unido

Organización

- En 1999 se definió un enfoque global de la fuerza de trabajo. Las bases son: trabajo interprofesional en equipo, trabajo flexible, planificación en función del paciente, maximizar contribución del staff al paciente, modernizar educación y entrenamiento, desarrollo de carreras nuevas y flexibles, expansión de la fuerza de trabajo hacia futuras demandas.

- Se formulan planes locales y regionales que son consolidados en el Buró de Desarrollo Nacional de Fuerza de Trabajo, que asegura la integración de los puntos clave.
- Participación en educación médica, entrenamiento y sttafing, especialistas en fuerza de trabajo, comité de médicos y no médicos.

Metodología

- Se ha cambiado su enfoque en respuesta a la Unión Europea. Desde hace 7 años se aplican las regulaciones europeas para el movimiento del trabajo: promedio de especialidad con duración de 5 años según especialidad.
- Hasta 2001: grupo asesor de fuerza de trabajo especializada formada por planificadores, decanos de posgrado de medicina, representantes de los médicos generales, gerentes de hospital, la asociación médica, médicos jóvenes y autoridad de salud.
- Analizan datos de los últimos 5 años, analizan demandas y necesidades, según razones especialidad por población.
- Comparación de la demanda con la oferta existente y los perfiles actuales. (65)

La planificación de recursos humanos tiene como propósito fundamental "asegurar que haya suficiente personal disponible con las competencias adecuadas para entregar una atención de salud de buena calidad a la población", ayuda mucho a entender la razón de ser y de estar poco comprendida y no siempre valora la intervención estratégica. (66)

3.2.2.3 Políticas en Recursos Humanos en Salud en el Continente Europeo

En los años ochenta y noventa se centró interés por la reforma de la atención en salud a nivel mundial y Europa no fue la excepción. Este interés no se limitó a la OMS; el Banco Mundial asumió un papel prominente a nivel internacional. Sin embargo, no se ha prestado atención a las repercusiones de la reforma de la atención de salud en la gestión de recursos humanos, y por ende, existe una ausencia general de investigaciones sobre las relaciones laborales de la administración pública en Europa. Esta deficiencia comienza a ser abordada por la OMS y otros organismos, partiendo del reconocimiento creciente de que la ejecución de políticas y el comportamiento del personal de salud, y las organizaciones que lo representan, tienen una relación crucial con la eficacia de la reforma de la atención de salud. El desarrollo de sistemas de salud más eficaces, como una prioridad, pasa por abordar temas tales como las remuneraciones y los incentivos en el sector público, y constituye uno de los aspectos más difíciles de la agenda internacional de salud. (67)

Los gobiernos europeos intentan resolver la demanda creciente de la atención de salud y el aumento de los costos. En los noventa, las inquietudes por el financiamiento de los servicios de salud permanecieron en primer plano. El desempleo y el aumento poblacional repercutieron en los gastos de bienestar social. La preocupación por el crecimiento del gasto público, condujo a la mayoría de gobiernos, a un escrutinio más detallado de la organización y a la gestión interna de los servicios públicos. (67)

Los cambios principales en las remuneraciones y las condiciones de trabajo en el sector salud, en la rama de proveedor-adquiridor, se centraron en cuatro tendencias hasta el año 2000:

La primera, introduciendo incentivos del mercado en los servicios públicos, dando un mayor papel al sector privado en distintos aspectos de la prestación de servicios de salud. Las modalidades en Europa, fueron:

- En los sistemas de salud anteriormente integrados, se realizó la introducción de elementos competitivos, combinando el financiamiento público de la atención en salud, con formas de competencia entre proveedores públicos y/o privados, con contratos negociados entre los proveedores de servicios de salud por separado y las autoridades adquisitivas.
- En los sistemas basados en seguros, se tomaron medidas para promover la competencia entre las aseguradoras.
- En sistemas pluralistas de atención de salud con exceso de camas de hospital se fomentó la competencia entre los sectores privado y público. (67)

La segunda, consistente en fortalecer la gestión de los servicios del sector público. Se generó un cambio, de servicio administrado a servicio gerencial. Este cambio comprende:

- Énfasis en los resultados.
- Gestión profesional y responsable.
- Normas de rendimiento explícitas que incorporan calidad del servicio.
- División de organizaciones grandes en unidades empresariales pequeñas.
- Competencia interna entre proveedores.

La tercera, mayor énfasis en la descentralización, que puede tomar diferentes formas:

- Aumento de la autonomía hospitalaria, disminución de limitaciones administrativas.
- Delegación de la planificación nacional al nivel regional, incluyendo hospitales.
- Reemplazo del financiamiento global por financiamiento relacionado con servicios prestados por hospital

La cuarta, como parte de esta evolución, mayor inclusión de los médicos y otros profesionales en el proceso de gestión:

- Abordando como actividad central de los médicos y enfermería en nuevos grupos de atención primaria.
- Proporción de nuevas instituciones de diálogo social.
- Fortalecimiento de sistemas de médicos generales simultáneamente con fortalecimiento de la atención primaria.
- Generando paridad entre la práctica general y la especializada.

En la rama de remuneraciones del personal de servicios de salud, se aplican diferentes sistemas a distintos grupos ocupacionales; en general se expresa una mala sistematización de las diversas experiencias, las cuales derivan como respuesta a crisis políticas:

- En los sistemas de determinación de las remuneraciones del personal de servicios en salud, influyen los arreglos que predominan en el sector privado, vinculadas al desempeño y son el modelo que predomina en el sector público.
- Las negociaciones colectivas son el método predominante y es poco común que los empleadores decidan unilateralmente las remuneraciones.
- En Francia, las negociaciones colectivas son inciertas, debido al alcance de la reglamentación unilateral por el gobierno central.
- Los gobiernos han tenido que enfrentar las complejidades de la determinación de las remuneraciones, considerando una fuerza laboral grande, dispersión geográfica, condiciones laborales de mercado y diversos tipos de contratos.
- También los gobiernos han sido renuentes a los aumentos salariales, por la alta proporción que representan al gasto de servicios de salud, por ende hay resistencias para aumentar las contrataciones.

- Otra respuesta ha sido descentralizar la determinación de remuneraciones al nivel regional o de empresa, dando mayor discreción a los gerentes.
- También se han introducido contratos individualizados, con determinantes en el desempeño y que forman parte del apoyo a la autoridad de los gerentes frente al personal profesional.
- Mejorando incentivos al desempeño o mérito, vinculando al trabajador a un mayor compromiso con la rendición de cuentas por el desempeño. Las bonificaciones y suplementos especiales, han sido un mecanismo generalizado en el sector público, a fin de eludir los reglamentos estrictos de las remuneraciones, para contrarrestar una escala de sueldos baja y evitar escasez de personal.
- En Inglaterra, los gerentes quedaron excluidos del sistema nacional de negociaciones colectivas, les abolieron aumentos salariales anuales y sus contratos de trabajo son de corto plazo.
- Para afianzar el desempeño, y resolver fricciones con el gremio médico que se opone a programas dominados por consideraciones financieras, se busca la generació de una evaluación con indicadores objetivos y cuantificables de producción, lo que lleva a descuidar la parte cualitativa de la prestación de servicios. (67)

En España se realizó un estudio referido a las Políticas y Sistemas de Valoración de los Recursos Humanos en salud, en los hospitales públicos, el cual se centró principalmente en enfermeros, por el número de colectivos que forman parte del personal sanitario, realizándose comparaciones con otros colectivos, encontrando diferencias significativas. La investigación, ha recogido algunos temas que afectaban al objeto de estudio, como: la descentralización de la sanidad a las Comunidades Autónomas, la nueva Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la creación del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, etc. (68)

La elección del tema es consecuencia de una preocupación de la sociedad: La Salud y La Sanidad Pública española. Por este motivo, se estudió a la persona como centro de interés de la sociedad, donde el Estado y la Seguridad Social son los que garantizan el derecho a salud y a quienes van dirigidas todas las acciones de los hospitales, siendo los enfermeros un colectivo que está muy en contacto con los pacientes, poniendo en práctica las teorías sanitarias. El estudio tuvo como objetivo principal: "Estudiar la aplicación de la Política Global de Recursos Humanos de los enfermeros como vía óptima para la mejora del desempeño de la profesión sanitaria en los Hospitales Públicos y por consiguiente para lograr el objetivo sanitario perseguido por la empresa, como es la garantía al derecho a la salud, a la asistencia sanitaria y a la vida de las personas". (68)

El análisis empírico, se centró en el estudio de una de las Políticas, la Formación Técnica de los Enfermeros, y que afecta al resto así como a los Sistemas de Valoración, tras ser estudiada en base a una clasificación realizada en función de variables como el momento de obtención y su objetivo, comprobando en la realidad cómo son los distintos tipos de formación, según la perspectiva de los propios enfermeros, con el fin de realizar propuestas de mejora. (68) Entre las conclusiones a las que se llegó a lo largo de este estudio destacan las siguientes:

a. Situación actual de la Política Global de Recursos Humanos en la Enfermería:

- La planificación de las necesidades de personal no responde a criterios reales de prestación de servicios, sino a planificaciones anuales.
- La política de contratación está basada en la consolidación de empleo.
- Los procesos de selección sólo valoran aspectos técnicos.

- La carrera profesional queda limitada por la formación de pregrado.
- No existe una delimitación clara de las funciones y perfiles del enfermero.

b. La realidad de la formación técnica:
- La formación de pregrado se aleja en parte de la realidad de la profesión.
- La formación en especialidades no es una salida profesional en la actualidad. Su implantación supondría cambios en la estructura organizativa hospitalaria.
- La formación continua – continuada se concibe con el propósito de mejorar las aptitudes en el desempeño de la profesión.

c. Nuevos planteamientos estratégicos:
- Necesidad de una mayor adaptación a los cambios del entorno.
- Necesidad de aplicar estratégicamente la política global de recursos humanos propuesta en el Decágono del Dr. Sáenz.
- Emplear la formación como una vía óptima para lograr el objetivo empresarial. (68)

3.2.2.4 Políticas en Recursos Humanos en Salud en el Continente Africano

Las instituciones que preparan para los recursos humanos en salud en África participan con el gobierno, la comunidad y socios en revertir la crisis actual de recursos en el continente. Estas instituciones incluyen facultades de medicina, colegios de salud pública y las facultades afiliadas a enfermería. La crisis es compleja y se relaciona con cantidad, calidad y eficiencia en la fuerza de trabajo de los servicios de salud. (69)

Tradicionalmente las instituciones han adoptado programas utilizados por países con mayor grado de desarrollo. Los

profesionales graduados de dichos programas no están adaptados a las necesidades de las comunidades donde vive la mayoría de los habitantes, por lo que su práctica no es apropiada para lo que la comunidad realmente necesita. Siendo más específicos en las áreas de salud, por preparación insuficiente de los profesionales se encuentra: (69)

- Incapacidad de responder adecuadamente a las situaciones donde los recursos son insuficientes.
- Amenazas de salud relacionadas con la rápida urbanización, contaminación, entre otros.
- Relaciones conflictivas entre médicos tradicionales y médicos de otros países.
- Falta de integración entre el ámbito hospitalario, rural y ambulatorio.
- Conocimiento insuficiente de la realidad del país y del mantenimiento inadecuado del equipo médico.
- Dificultades en crear estudios demográficos y sociológicos pertinentes.

La manera de asegurar que los profesionales en salud posean el conocimiento, las habilidades y actitudes para afrontar los problemas anteriores, es necesario basarse en la evidencia con la que se cuenta y responder a los criterios de calidad, eficacia y equidad. (69)

La crisis de recursos humanos en salud de debe a que los índices de habitantes en el continente de África se encuentran entre los peores del planeta. En dicho continente hay desigualdades que conllevan a devastación humana y económica. La situación del continente ha captado la atención internacional, por lo que se llevó a cabo una reunión en Annecy, Francia en Diciembre del 2000. Las organizaciones y talleres realizados se asocian a la oficina regional de Brazzaville, República del Congo, la Asociación de Colegios Médicos en África (AMSA) y la Confederación de Asociaciones y Asociaciones Africanas (CAMAS). (70)

Para promover entrenamientos basados en la comunidad y para promoverla, se creo una institución conocida como “Hacia la Unidad para la Salud” o “Towards Unity for Health” (TUFH). Esta es una asociación de individuos, grupos y organizaciones comprometidos a mejorar y mantener la salud en las comunidades destinadas. Actualmente se tienen miembros de más de 71 países a nivel mundial. (71)

Basándose en el hecho de que más del 65% de Africanos viven en áreas rurales y que los médicos constituyen menos del 10% de la fuerza de trabajo en salud en áreas rurales, está claro que el entrenamiento médico es ineficiente, por lo que se crearon políticas para capacitar personal en salud que atendieran dichas áreas para aumentar la cobertura. En un estudio realizado en el 2003 en el continente africano, únicamente 32 de los 56 pueblos identificados no contaban con médicos graduados. La presente evidencia indica que existe un mal manejo de los recursos humanos en salud, lo cual es perpetrado por un inadecuado acceso a la información, mal manejo y ausencia sistemática educativa. (72)

Los gobiernos a través de ministerios de salud y con la colaboración de otras instituciones tienen que llevar a cabo las políticas relacionadas con recursos humanos en salud que incluyen:

- Planteamiento de recursos humanos en salud realístico según el contexto del país.
- Mejorar la calidad del servicio de salud y tener en cuenta las poblaciones con mayor necesidad.
- Monitorizar y evaluar los resultados obtenidos y su impacto. (73)

3.2.3 Políticas a nivel regional

3.2.3.1 Políticas en Recursos Humanos en Salud en Latinoamérica

En el sector en salud de América Latina, en los últimos años se han realizado consensos en torno a la crisis actual de los recursos para la salud, y la urgencia para realizar un esfuerzo colectivo que aborden los problemas de mayor impacto. Las implicaciones de esta crisis son bien reconocidas por sus efectos negativos en la calidad de la asistencia, la capacidad de prevenir enfermedades, el desempeño de los sistemas de salud y, en definitiva, el logro de los resultados de salud deseados, como los señalados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. (73,74)

Se han realizado diversas reuniones de los consejos directivos a nivel regional para plantear políticas las cuales tienen como propósito contribuir con los criterios para el análisis que fundamentan y facilitan los procesos de decisión político-técnico en el área en salud, a la luz de las particularidades de la reorganización sectorial en salud. (73)

Las políticas Nacionales de Recursos Humanos para el Sector Salud se han realizado mediante una acción coordinada con los Ministerios de Salud Pública y Bienestar Social, diferentes instituciones de Educación Superior de América Latina, dentro de las cuales se han ido sumando Universidades Autónomas como las de Honduras, Ecuador, Costa Rica, Venezuela; la OPS/OMS y otras organizaciones de salud involucradas en este campo. (20,73)

Se esperan que estas políticas orienten y que ayuden a regular la planificación, gestión, formación, y capacitación de los recursos humanos para que se consolide un proceso con acciones de trascendencia política, técnica y social en este campo. (31) La importancia de que para el sector exista una política integral con estrategias que fortalezcan clara

consistencia de la situación de los problemas de salud y de la voluntad colectiva de solucionarlos y, al mismo tiempo, promueva la salud, son elementos esenciales; los cuales deben ser estimulados en procesos de participación social, para que los recursos humanos se desempeñen con una visión cualitativa y transformada. Estos elementos de reflexión aportan para el establecimiento de una política de desarrollo de recursos humanos del sector salud. (73)

Se han establecido políticas de recurso humano médico, las cuales han sido analizadas y establecidas en distintas reuniones y observatorios. Como un esquema general, pueden dividirse dentro de las siguientes áreas:

- de Formación
- de Distribución
- Laborales
- Presupuesto
- Género
- Migración (75)

3.2.3.1.1 Políticas de Formación

El recurso humano médico tiene sus bases en la formación a nivel superior. Las políticas de formación del recurso humano por ende, se establecen en políticas que han contribuido a reformas y modificaciones en la calidad de este tipo de educación. Durante la década de los años 80 se iniciaron una serie de cambios en la educación a nivel superior, que incluyeron reducción del gasto y aumento del énfasis en el uso eficiente de los recursos, que podrían llevar a un aumento en la tasa de estudiantes y aumentar el tipo y variedad de las instituciones. (75)

En lo que concierne a medicina, sabido es que por diversas razones, la demanda por estudios médicos es alta y, en muchos países, el número de médicos

es insuficiente. En los países latinoamericanos en las últimas dos décadas se han multiplicado las escuelas de medicina, lo que en algunos de ellos se había iniciado varias décadas atrás. En el Directorio Mundial de Escuelas de Medicina de la OMS 2000, se registran en Brasil 82 escuelas, en México 55, en Perú 17, en Chile 16, en Argentina 14, en Bolivia 10 y en Venezuela 9. Hay que señalar que, en general, las escuelas de medicina han proliferado en menor medida que las universidades. (75)

Nos podemos dar cuenta de que a pesar de la complejidad que existe en materia de acuerdos en relación a recursos humanos en salud se han logrado grandes cambios y reestructuración, a pesar de las trabas existentes para lograr consensos básicos para las mejoras en materia de salud pública, todo esto a pesar de la pobre participación del personal que tiene relación directa con estos acuerdos. Por lo tanto podemos decir que los cambios en materia de recursos humanos han logrado establecer profundos cambios en el sector salud a nivel de la región latinoamericana. Entonces debemos entender que para lograr mantener y establecer los grandes cambios necesarios en este tema es necesaria la participación multisectorial basada en la necesidad de participación de todos los actores relacionados al sector salud de manera directa e indirecta. Debemos también incluir a la educación como un factor muy trascendental en las reformas en materia de recursos humanos en los tres niveles de atención en salud existentes. (49)

Durante los años noventa América latina enfrentó el desafío de la globalización aunque los trabajadores enfrentaban cargas laborales iguales o más fuertes con la misma desigualdad de prestaciones y derechos

laborales. Al peligrar los avances en materia de recursos humanos se plantearon cinco reformas básicas para el mejor funcionamiento del sector salud: (49)

De formales a informales: durante los últimos años el trabajo informal ha aumentado en casi todos los países de la región, llegando en algunos de ellos a constituir 85 % del empleo global. De cada 10 nuevos puestos de trabajo creados en los últimos 20 años, ocho han pertenecido al sector no estructurado de la economía.

De bienes a servicios: ochenta por ciento de los nuevos empleos se han creado en el sector de los servicios, que es el menos afectado por la competencia externa. Aunque la expansión del empleo público en el campo de la salud se ha detenido en la mayoría de los países, el Estado sigue siendo una fuente de empleo importante en América Latina.

De baja a alta calificación: a diferencia de lo observado en las últimas décadas, actualmente se aprecia una mayor demanda de mano de obra calificada. Ello obedece a la orientación de los procesos productivos hacia el ajuste de costos y hacia una mayor eficiencia mediante el incremento de la productividad.

Hacia una mayor flexibilidad en las relaciones individuales de trabajo: se aprecia un aumento de las formas atípicas de contratación, que va de la mano con la tendencia a la inestabilidad de dichas modalidades contractuales.

Hacia la autorregulación de las relaciones colectivas: existe la tendencia a retirar de manos del Estado la regulación de los mercados de trabajo, pero como no se ha dado la esperada autorregulación, el Estado está ausente, no se regula y a la vez se generan más distorsiones e inestabilidad. (49)

También deben tenerse en cuenta las reformas educacionales promovidas en muchos países. Los cambios de regulación en torno a la apertura de escuelas y programas de educación en materia de salud, las reformas en la educación superior (en algunos casos mediante nuevas leyes universitarias), y las nuevas relaciones entre el Estado y la universidad pública (que apuntan a redefinir el financiamiento y la función de la institución en la sociedad y en la economía), han generado cambios importantes en la política educacional y en la gestión institucional que afectan a la formación profesional y técnica. (49)

Dentro del propio sector de la salud, algunos procesos incluidos en las reformas han contribuido a cambiar las condiciones y las relaciones laborales en los servicios de salud. El anexo 2 intenta ilustrar los procesos reformistas y los cambios que provocan. Durante los últimos diez años muy pocos países de América Latina han emprendido un proceso organizado e institucionalizado de planificación de recursos humanos, a pesar los determinantes del campo de personal. (49)

En el marco de la reforma del sector en Colombia se realizaron cuatro estudios de recursos humanos que pueden ser de enorme valor para generar un proceso consistente de planificación de recursos humanos.

Como una paradoja, estos estudios se han realizado y han generado información de valor cuando en el Ministerio de Salud ha sido eliminada cualquier instancia que se refiera a los recursos humanos. Es muy llamativo que esto haya sucedido en el mismo lugar que albergó durante los años sesenta a ochenta una de las mejores unidades ministeriales de desarrollo de recursos humanos. (49)

En Bolivia en años recientes se desarrolló e implantó un sistema operativo destinado a generar criterios para asignar personal de salud de manera racional, según criterios de equidad y ajustada a la política de extensión de la cobertura y el desarrollo de servicios en las zonas rurales, utilizándose para ello fórmulas matemáticas de asignación. (49)

En Chile se ha utilizado recientemente por el Ministerio de Salud la metodología de cálculo de necesidades de personal basada en el análisis de la carga de trabajo, con la finalidad de racionalizar con criterio técnico la asignación y distribución del personal. En este caso el uso de una metodología de cálculo de necesidades utilizada en planificación se usó más bien con finalidad de gestionar recursos humanos. (49)

En el gobierno de Chile se han visto obligados a:

a. Promover leyes normativas del sistema educacional.
b. Proveer estímulos para el desarrollo institucional.
c. Crear nuevas instancias de coordinación del sector.
d. Poner en marcha procesos de evaluación y acreditación de las instituciones y sus programas académicos.

e. Experimentar nuevas formas de financiamiento para las instituciones públicas.
f. Implementar sistemas de información universitaria.
g. Promover programas de postgrado acreditados.

Estas políticas gubernamentales han adquirido diversa expresión y grado de avance. (75)

En Perú, el Instituto Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos y la OPS promovieron hace unos meses un estudio de escenarios sanitarios y de desarrollo de recursos humanos, utilizando una metodología sofisticada probada en la construcción de escenarios sociales, económicos y políticos, junto a métodos similares a los usados en Colombia en la construcción del modelo de oferta y demanda. (49)

La experiencia reciente de Brasil en el marco del programa de Salud de la Familia se puede catalogar más bien como planificación estratégica en la medida que combinó la formulación de metas cuantitativas en un determinado período (20,000 equipos de salud de la familia a ser conformados en un lapso de 4 años) con la concertación de actores (municipalidades, estados, universidades) y la utilización amplia e inteligente de incentivos económicos para sumarlos a la iniciativa y comprometerlos en el logro de las metas y en acciones de mejoría del desempeño de los servicios de salud y del personal. (49)

En el presente año el gobierno de Canadá (que tiene la intención de renovar su práctica de planificación de recursos humanos) encargó un análisis de la experiencia internacional en planificación de recursos humanos de salud. El estudio recoge la experiencia

en seis países de desarrollo económico y social similar y trata de extraer lecciones útiles para la realidad canadiense. En esta parte se tratará de extraer algunos elementos esenciales del análisis y mostrar un cuadro comparativo construido a partir de los datos de los países seleccionados a los que se ha agregado Cuba y el mismo Canadá. (49)

También deben tenerse en cuenta las reformas educacionales promovidas en muchos países. Los cambios de regulación en torno a la apertura de escuelas y programas de educación en materia de salud, las reformas en la educación superior (en algunos casos mediante nuevas leyes universitarias), y las nuevas relaciones entre el Estado y la universidad pública (que apuntan a redefinir el financiamiento y la función de la institución en la sociedad y en la economía), han generado cambios importantes en la política educacional y en la gestión institucional que afectan a la formación profesional y técnica.

A nuestro parecer el problema central no reside tanto en la multiplicación de escuelas o el aumento en el número de estudiantes, sino que en el grado de estrictez de los requisitos para su creación y en el aseguramiento de la calidad de los programas que ofrecen. Tal vez, el control de calidad en medicina y salud sea en la actualidad uno de los asuntos socialmente más relevantes para la medicina y la salud en nuestros países: asegurar a la sociedad la calidad, tanto de la formación profesional médica, como de los servicios sanitarios que dan asistencia médica a la población. (75)

3.2.3.1.2 Políticas de Distribución

Es muy importante también conocer la distribución geográfica de los recursos humanos en salud con que cuenta Latinoamérica, ya que constituye la base a partir de la cual deben programarse los nuevos profesionales y técnicos de la salud, así como su adecuada distribución en el territorio, a fin de mejorar el nivel general de salud de la población. Se padece de grandes desigualdades debido, entre otras causas, a la inequitativa distribución de los médicos. Latinoamérica se le clasifica como la región más inequitativa del mundo. Hay sectores de la población que por su ubicación y grado de desarrollo económico y social cuentan con servicios médicos cuantitativa y cualitativamente superiores a los de otros sectores, lo cual es muy común en los principales centros urbanos. En cambio, los servicios en las zonas rurales, si los hay, son precarios y en la periferia de las ciudades, dado el fenómeno de la emigración del campo, existen también grupos de personas cada vez más numerosos, marginados de este vital servicio. (76,77)

En México, en términos muy generales de zonas urbanas con las rurales, nos muestra estas disparidades. En 1970, de los 2,388 municipios de todo el país 1,121 (47 por ciento) no contaban con médico, encontrándose en estos municipios una población mayor a los cinco millones de personas, siendo los estados de Oaxaca, Chiapas y Puebla los más afectados. (76)

Por lo anterior descrito, se señala una de las políticas más importantes que debe de estar presente en todos los ministerios de salud, es decir "sugerir la distribución de los profesionales conforme a las necesidades y exigencias de cada localidad". (76)

3.2.3.1.3 Políticas laborales

Según la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (Confemel), a través de la Comisión de Asuntos Laborales, las condiciones laborales del médico sufrieron en la mayoría de los países de Latinoamérica un progresivo deterioro, principalmente en los años ´80. Esta situación dio lugar a que se plasmaran ciertas reformas. (78)

Esas reformas estuvieron regidas por políticas neoliberales asociadas a programas de ajuste, con el objetivo primordial de la reducción del gasto, la regulación entre oferta, demanda y necesidad de servicios médicos y la mercantilización del sector salud.

Incrementar la eficiencia y calidad, imprescindibles en cualquier sistema de salud, no puede ser considerada como una ecuación que resulta de una simple reducción de costos. Por el contrario, cualquier cambio en el modelo de atención sanitaria debe, prioritariamente, implementar regímenes laborales que no afecten a los trabajadores. Lamentablemente, en Latinoamérica se obviaron estos principios generando nuevas condiciones laborales e implementando, en algunos países, legislaciones que se han orientado fundamentalmente hacia la flexibilización laboral. (78)

Si bien es importante en toda actividad, en salud adquiere un significado especial porque la pérdida de la estabilidad significa la interrupción de la relación médico-paciente. Además, trae aparejada la desconcentración de los recursos y la desreglamentación del trabajo, teniendo como signo predominante la precarización del empleo: contratos de plazo determinado (disminución de la relación de

dependencia), pérdida de la protección social e individualización de las relaciones laborales, tendiendo a emplear a los trabajadores por cuenta propia. En muchos países, se da además la contratación masiva de médicos extranjeros para sustituir recursos humanos propios. (78)

En cuanto a las modalidades que se plantearon fueron:

a. Transformación del régimen de trabajo por tiempo indeterminado (estabilidad laboral) hacia otro de plazos limitados y precarios (flexibilización).
b. Nuevas estrategias de remuneración basadas en la flexibilidad, en las políticas remunerativas, cuyo objetivo vuelve a ser la reducción de costos a la vez que exigir el incremento de la productividad. Es interesante señalar que no significa un aumento de la calidad de las prestaciones, lo esencial a obtener en un sistema de salud; además está internacionalmente aceptada la imposibilidad de utilizar una metodología que mida con certeza la productividad en salud.
c. Nuevas características del tipo de empleo: precarización, trabajo en negro, retraso en el pago, etc.
d. Sindicalización: dentro del marco de la flexibilización laboral, en los ámbitos de la actividad pública, privada y de la seguridad social se intenta conculcar el derecho de ejercer la actividad gremial en plenitud.
e. Se pretende obtener el consenso de los representantes gremiales en las negociaciones colectivas, a fin de legitimar condiciones laborales perjudiciales. (78)

La Comisión de Condiciones Laborales, integrada por representantes de Argentina y Uruguay, considera que:

- El recurso humano en salud no puede ser considerado como una variable de ajuste, por sus características especiales y distintivas.
- El régimen laboral de los trabajadores de la salud no puede verse afectado por la flexibilización laboral.
- Se debe impedir la desreglamentación que conduce a la precarización del trabajo médico: contratos de plazo determinado, pérdida de la protección social, individualización de las relaciones laborales, disminución de ingresos, pluriempleo, subempleo o desempleo.
- Se deben, por el contrario, fijar claras posturas en cuanto a condiciones de trabajo médico: horarios, ambientes de trabajo, capacitación, remuneración, seguridad, etc.
- Se debe defender el derecho gremial de los médicos, impidiendo la pérdida de las conquistas genuinas, como así también trabajando para evitar mayores pérdidas en el futuro.
- Propiciar la participación de las entidades representativas de los médicos en la defensa de los derechos, y en lo referido al funcionamiento de los servicios de salud; tema que involucra y afecta al conjunto de la población. (78)

Entonces, la postura de la CONFEMEL debe exigir que las necesidades sanitarias y las graves carencias de atención en salud de nuestros países sean abordadas por los gobiernos. Y entre las necesidades sanitarias, como parte de un sistema integral, no se debe descuidar el recurso humano, sus condiciones laborales y de seguridad y su justa remuneración.

Por todo esto, la CONFEMEL recomienda continuar con manifestaciones concretas de repudio a la flexibilización laboral, a la visión economicista de la salud, a la contratación indiscriminada de médicos extranjeros y a los intentos por conculcar derechos médicos fundamentales. En cambio, sugiere apoyar y promover las contrataciones colectivas de trabajo, la formación de conciencia gremial y el estudio integral de las formas de retiro médico y seguridad social. “Porque desde nuestro lugar, creemos que es un deber para todos los profesionales médicos, que tenemos como misión principal el cuidado de la vida y la salud de las personas, continuar bregando por el digno ejercicio de la profesión” (78)

3.2.3.1.4 Políticas de presupuesto

Se presenta una nueva propuesta de política del presupuesto regional por programas que definen una nueva forma de asignar los recursos de la Organización; recordando la estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el período 2003-2007, la cual enuncia que el presupuesto por programas debería ser estratégico y flexible para apoyar la puesta en práctica del Undécimo Programa General de Trabajo de OMS y el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007. (79) Por lo que se observa la necesidad de actualizar la política para la preparación del presupuesto regional a fin de definir criterios para una asignación presupuestaria más equitativa entre los países. Entre los puntos mas importantes están:

1. Velar por que las asignaciones a los países en los futuros presupuestos por programas de la OPS aprobados por el consejo se guíen, en general, por un modelo:

a. Que asegure un nivel mínimo de cooperación con todos los países;
b. Que distribuya las asignaciones entre los países según criterios adecuados basados en las necesidades;
c. Que sea suficientemente flexible para dar cabida a las necesidades en evolución y las circunstancias especiales;
d. Que sea transparente, sencillo y uniforme;
e. Que pueda implantarse gradualmente a lo largo de dos bienios, o a lo sumo tres, y de tal manera que el cambio en las asignaciones proteja las prioridades esenciales de los programas de país.

2. Promover una priorización de las asignaciones entre las áreas de trabajo que sea compatible con el cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas relacionadas con la salud.

3. Hacer cumplir los criterios de destinar no menos de 40% de las asignaciones del presupuesto por programas al de país, y no menos de 5% al nivel subregional.

3.2.3.1.5 Políticas de género

Durante los años comprendidos entre 1998 y 2002 el gabinete de la dirección general adoptó la política de la OMS en materia de género al comprender la urgente necesidad e importancia en esta materia. (80)

3.2.3.1.5.1 ¿Por qué se necesita una política de Género?

Existen varias las razones. En primer lugar se tiene un compromiso. Cuando se creó la

OMS, en 1948, género no era una palabra que se conociera o se utilizara, y por ello no se incluyó en los principios institucionales. En Mayo de 1998 durante la asamblea general, se establece que la OMS y los Estados miembros se comprometen con los conceptos de equidad, solidaridad y justicia social y a la incorporación de la perspectiva de género en las estrategias finales: “Nos comprometemos con los conceptos de equidad, solidaridad y justicia social y a la incorporación de la perspectiva de género en nuestras estrategias”. Existe un claro reconocimiento de que tanto la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres, como la mejora de la posición de las mujeres son necesarias para optimizar la salud y garantizar el desarrollo sostenible. (80)

3.2.3.1.5.2 Objetivos y mecanismos de la política de género de la OMS

Se debe entender entonces por igualdad de género a la ausencia de discriminación basada en el sexo de la persona en materia de oportunidades, asignación de recursos y beneficios o acceso a los servicios de salud. En la política de la OMS, se añade también la equidad de género, que se refiere a la imparcialidad y a la justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades tanto para hombres como para mujeres. El concepto reconoce que hombre y mujer tienen distintas necesidades y gozan de distinto poder, pero también goza de los mismos derechos. (80, 81)

Contribuir a la mejora de la salud tanto de hombres como de mujeres, mediante investigaciones políticas y programas de salud que presten la debida atención a las cuestiones de género y promuevan la igualdad y la equidad entre el hombre y la mujer. La creación de políticas de género conlleva retos, los cuales incluyen integrar el género en todo el ciclo de vida. No considerar el género simplemente como algo relativo a la salud sexual y reproductora, sino que hay que reconocer que estamos hablando de un condicionante de salud que nos afecta desde que nacemos hasta que morimos, y que está presente en todas las sociedades y en todos los países del mundo. (80,81)

El otro reto es involucrar a los hombres en el trabajo de género. Hemos pasado por un enfoque anterior en el que los hombres, simplemente, se les consideraba como un vector de la mala o buena salud de las mujeres. (80,81)

3.2.3.1.6 Políticas de Migración

En el campo de salud nos deparamos con una crisis resultante de problemas relacionados a sus recursos humanos con respecto al contexto y al contenido del trabajo, o sea: escasez, mala distribución, condiciones inadecuadas de trabajo, conocimiento y competencias limitados, estrategias equivocadas de gestión de recursos humanos ante las realidades de los servicios y demandas de la población, redundando en estrés, infelicidad y baja autoestima del trabajador, aliados a la atención insuficiente y de

calidad muy cuestionada. Está en curso una llamada de acción inmediata que dé abasto de responder a la crisis y valorizar, invertir y conferir poder a los recursos humanos del área de la salud. Ese movimiento exige participación amplia e involucramiento en su planificación y acciones estratégicas. Y, por cierto, se debe adecuarlo a contextos específicos. (82)

En esta perspectiva, la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, realizada en Toronto en 2005, determinó que el período 2006-2015 se constituye en "Una Década de Recursos Humanos en Salud". Tal determinación es debida a la necesidad de enfrentar los serios desafíos con relación al desarrollo de esos recursos en la región de las Américas. (82)

Entre las orientaciones estratégicas se incluyeron temas referentes a la formación y capacitación de las personas; así, se destacaron las siguientes cuestiones: fortalecimiento de los liderazgos, mayor valorización y inversión en recursos humanos, coordinación e integración de las acciones en los diversos ámbitos, manutención de políticas e intervenciones, empeño en la oferta de información más calificada para apoyar la toma de decisiones. (82)

Los desafíos a ser superados abarcan a la adopción de políticas y programas capaces de:

- alinear a las personas con los cambios en los sistemas de salud;
- garantizar su distribución equitativa y adecuada;
- instituir mecanismos que regulen la migración de profesionales de salud;

- promover interacción entre las instituciones de enseñanza y de servicio de salud de modo que los recursos humanos en formación incorporen los valores, las actitudes y las competencias del modelo de atención universal fundamentado en la calidad y equidad. (82)

A cada país de la región de las Américas le cabe ahora concretizar las referidas orientaciones estratégicas para que se alcance las Metas de Desarrollo del Milenio y para que hasta 2015, final de esa década que prioriza los recursos humanos, toda población tenga acceso universal a los servicios calificados de salud. (82)

3.2.3.2 Políticas en Recursos Humanos en Salud en Centroamérica

Desde el año 1979, la subregión de Centroamérica contó con un Programa especial de cooperación técnica en el campo de recursos humanos en salud. El Programa de Adiestramiento en Salud que más tarde fuera extendido a República Dominicana (PASCAP), tuvo una importante repercusión en esta subregión, tanto en el debate político-técnico del tema, la formulación de acuerdos a alto nivel, así como en la formación de líderes. El mismo pasó por distintas etapas de desarrollo de las líneas y ejes de cooperación técnica del Programa de Recursos Humanos hasta su cierre en el año 1996, lo cual contribuyó conjuntamente con las propuestas de reformas sectoriales, a la discontinuidad de este intenso debate sobre los recursos humanos en los espacios nacionales, la ausencia en los espacios de integración subregional y el deterioro de las Unidades de Recursos Humanos en los Ministerios de Salud. (83)

La idea de descentralizar los consultores de recursos humanos por subregiones desde el año 2004, ha significado una oportunidad para la Unidad de Recursos Humanos de

apoyar a los países a retomar con intensidad el tema de recursos humanos, a tal nivel que el mismo fue recolocado en las agendas políticas de salud de los gobiernos luego de una década de ausencia. Desde noviembre de 2004 hasta fines de junio del 2007, se trabajó en un esquema amplio de intercambio entre los países, visitas a cada uno de ellos, definición de agendas particulares y subregionales, acompañamiento para la identificación de los problemas, datos básicos y necesidades de cooperación técnica, definición de los desafíos y de los planes decenales de recursos humanos, formulación de las iniciativas y de proyectos específicos en distintos temas del campo, consolidación de redes de trabajo y capacitación de líderes en cada uno de los países, así como publicaciones puntuales. (83)

Para la formulación de una Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud que sea coherente con la situación epidemiológica nacional; congruente con las características del Sistema Nacional de Salud y con el Modelo de Atención que se pretende establecer; que afronte los retos identificados y provea respuestas a las necesidades y demandas de la población, es necesario plantear algunas premisas para otorgarle factibilidad y viabilidad. (84)

Las diferentes iniciativas elaboradas con la participación de actores claves del sector salud y amplia participación ciudadana, coinciden en enfatizar que los recursos humanos en salud constituyen uno de los elementos críticos de la reforma para generar cambios orientados a mejorar la calidad y productividad de los servicios. (85)

De acuerdo al informe de la situación de los Recursos Humanos en salud de Centroamérica, en San José Costa Rica en febrero del 2006, del total de los países incluidos en él, solamente dos de ellos cuentan con una política nacional de recursos humanos (Nicaragua y Costa Rica) la cual forma

parte, en ambos casos, de la política nacional de salud vigente. En el caso de Nicaragua, se cuenta con una Política Nacional de Salud 2004-20015, formulada por el Ministerio de Salud, en consulta con diversos actores sociales, nacionales e internacionales, vinculados con el sector salud. En el caso de Costa Rica, la política nacional de Salud fue elaborada para el período 2002-2006, con la participación de las entidades que integran el Sector Salud. (86)

En Costa Rica, el desarrollo de los recursos humanos enmarcado en un sistema de salud fragmentando, inadecuadamente financiado y con énfasis en acciones curativas, ha sido deficiente. Se ha caracterizado por el desequilibrio entre la formación del personal de salud y las necesidades de los servicios; distribución inadecuada del personal, con elevada concentración en áreas urbanas; dificultad para definir perfiles apropiados para una atención integral; falta de coordinación entre las instituciones formadoras y empleadoras de recursos y debilidad gerencial para optimizar su utilización y regular la actividad profesional. (85)

En El Salvador se establecieron líneas de Acción para enfrentar los Desafíos a los que se enfrentan los Recursos Humanos en Salud dentro de los cuales se encuentran:

- Fortalecer la institucionalidad para el desarrollo de Recursos Humanos.
- Defensa y promoción acerca de la importancia de los Recursos Humanos en Salud.
- Cooperación técnica y financiera para el desarrollo de los Recursos Humanos.
- Mejorar la capacidad técnica en el campo de los Recursos Humanos.
- Producción de información y conocimiento en Recursos Humanos.

  Se está formando institucionalmente procesos de reestructura para responder a las necesidades de salud,

basadas en la aplicación de leyes de los sistemas de salud básicos:

- Formulación y validación del Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en salud familiar.
- Observatorio de recursos humanos alimenta la toma de decisiones sectoriales en salud.
- Implementación de un Proyecto de Cooperación Técnica, con apoyo técnico financiero de Canadá, para el período 2006-2009.
- Fortalecimiento a la Medicina Familiar. (87)

3.2.3.2.1 Políticas de Desarrollo

En El Salvador se han realizado varias propuestas de políticas de desarrollo de recursos humanos en salud en donde las instituciones del Sector Salud en coordinación con otros sectores en la misma área, impulsarán un conjunto de iniciativas que posibiliten realizar una planificación de Recursos Humanos en Salud de acuerdo con las necesidades de la población y en concordancia con el Modelo de Atención, definido en el nuevo Sistema Nacional de Salud, así como se impulsarán acciones estratégicas que propicien una gestión eficiente de los Recursos Humanos, teniendo en cuenta la Formación y capacitación del personal como elemento impulsor de la calidad en los servicios, considerando también los elementos de regulación que garanticen un ejercicio profesional enmarcado en principios y normas científicas, técnicas, éticas y sociales. (84)

Para llevar a cabo las propuestas de políticas de desarrollo de salud es necesario que todos los países centroamericanos cuenten con un Sistema de Información de Recursos Humanos, completo y actualizado para apoyar las decisiones en la materia; así mismo será relevante la generación de las condiciones de trabajo apropiadas para los

trabajadores del Sistema Nacional de Salud, de forma que la capacidad instalada de las instituciones posibilite el ejercicio de las labores en condiciones adecuadas para garantizar la eficiencia y eficacia en la atención en salud. (84)

En El Salvador la Propuesta de Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud ha sido elaborada por la Comisión Especial de Recursos Humanos, en atención a encomienda que le ha hecho la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud (CNSPRIS), la cual fue creada por Decreto Ejecutivo No. 51 de fecha 24 de junio del año 2003, como un organismo multidisciplinario, intersectorial e intersectorial, para garantizar que el proceso de reforma integral de salud se desarrolle de acuerdo con el consenso contenido en la Propuesta de Reforma Integral de Salud presentada por el Consejo de Reforma del Sector Salud (CRSS) en diciembre del año 2000. (84)

En la Propuesta de Reforma Integral de Salud, el CRSS recomendó en el Lineamiento VII, invertir en el desarrollo de los recursos humanos, al expresar conceptualmente: “Los Recursos Humanos para la Salud están al centro de los esfuerzos para mejorar la calidad, ampliar la cobertura y garantizar la equidad en la prestación de los servicios de salud, que son los objetivos centrales de la Reforma; por lo que se recomienda se busque una política de desarrollo de recursos humanos de carácter sectorial que promueva y norme su formación, regule su actividad profesional, enmarque las relaciones laborales y administre y asigne este recurso con equidad”. En armonía con estas orientaciones y en cumplimiento de la misión que tiene encomendada, la Comisión Especial de Recursos Humanos, presenta

la Propuesta de Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. (84)

Esta propuesta incorpora los principales aspectos sobre el tema de recursos humanos considerados por la CNSPRIS en sus planteamientos generales sobre el proceso de Reforma Integral en Salud. Agrega los productos de las propias investigaciones documentales y de una consulta territorial promovida por la Comisión Especial de Recursos Humanos, que evidencia la utilización de una estrategia participativa a nivel sectorial e intersectorial, en materia de desarrollo de recursos humanos en salud. (84)

En efecto, para la formulación de esta propuesta se ha contado con la participación de representantes de las entidades formadoras de recursos humanos en salud, de las instituciones proveedoras de servicios y de los gremios de trabajadores de la salud. (84)

Según el informe de la situación de los Recursos Humanos en salud de Centroamérica en San José Costa Rica en febrero del 2006, Nicaragua cuenta con la Política nacional de recursos humanos para el sector salud en donde se establece que el desarrollo integral de los recursos humanos para el sector salud incluya los valores éticos en el sistema de salud y el verdadero ejercicio de los principios y ejes transversales consignados en la presente política. Dentro de las cuales se encuentran las siguientes estrategias:

- La formación, distribución, calidad y cantidad de los recursos humanos del sector salud se realiza sobre la base de un Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos consensuado entre las distintas instituciones del sector, tanto formadoras como de provisión de servicios de salud, en

función de las necesidades nacionales en salud, del modelo de atención y el desarrollo científico y tecnológico, para el adecuado funcionamiento del sistema de salud.

- Desarrollo del Observatorio de los recursos humanos del sector salud en el Ministerio de Salud, que permita contar con mayor información sobre la dinámica de los recursos humanos con el fin de fortalecer los procesos de planificación de su desarrollo entre los distintos subsistemas de atención que integran el sector salud.
- Fortalecimiento de los mecanismos de registros del Ministerio de Salud con el fin de contribuir al fortalecimiento de los procesos de regulación de las prácticas profesionales de la salud.
- Consolidación y adecuación del sistema de provisión de cargos en correspondencia con el reordenamiento del Sistema Nacional de Salud.
- Desarrollo de un sistema de reclutamiento y selección de recursos humanos en salud acorde con los nuevos perfiles y cargos. (86)

En Costa Rica la Política Nacional de Salud contiene en forma detallada el compromiso de la administración 2002–2006 en materia de salud, la misma está integrada por cuatro ámbitos, Fortalecimiento y consolidación del Sistema de Salud, Equidad, universalidad, acceso y calidad; Recreación y promoción de la salud, Salud ambiental y desastres, por medio de la cual se busca mejorar las condiciones y calidad de vida de los habitantes del territorio nacional con énfasis en los más pobres (69).

Además, Costa Rica se ha comprometido junto con 189 países con las" Metas del Milenio", que traducen objetivos en el desarrollo humano a nivel mundial,

las cuales constituyen un marco de referencia para los propósitos del Plan de Gobierno, el Plan Nacional de Desarrollo y las Políticas Nacionales de Salud (85).

Se realizaron políticas estratégicas en orientación de la formación del recurso humano para los servicios de salud públicos y privados, de acuerdo con necesidades en salud actuales y futuras de la población del país:

- Desarrollo de un sistema de información integrado entre entidades formadoras y empleadoras.
- Vigilancia de la formación de recursos humanos de acuerdo a perfil epidemiológico y demográfico de la población y las necesidades del sistema nacional de salud.

Según el informe de la situación de los Recursos Humanos en salud de Centroamérica en Costa Rica de acuerdo al informe Política nacional de recursos humanos para el sector salud con la política de Gestión y desarrollo del recurso humano acorde con la necesidad de la población y del sector salud, se encuentran las siguientes estrategias:

- Desarrollo de un sistema de información en cada una de las instituciones empleadoras que estén a su vez integrados en un sistema de recursos humanos sectorial.
- Desarrollo de un sistema integrado de recertificación en los Colegios Profesionales que asegure la actualización técnica y científica del recurso humano para la calidad de los servicios de salud.
- Fortalecimiento de la desconcentración del recurso humano según necesidades de salud por regiones y establecimientos de salud.
- Fortalecimiento de un sistema de evaluación del desempeño dentro del marco de la planificación de

servicios de salud, con énfasis en la productividad individual y por equipos de salud.

- Diseño e implementación de un sistema de incentivos de tipo social y económico vinculados a la productividad, rendimiento, méritos y calidad de los servicios. (86,88)

En ambas políticas se plantea la necesidad de que ésta responda a un enfoque integral y se ejecute de manera coordinada con las demás entidades vinculadas que forman parte del sector; se coincide plenamente en la importancia de contar con sistemas de información sobre los recursos humanos del sector, a efecto de poder orientar su inserción. Posiblemente, el principal desafío que enfrentan ambas propuestas, es el lograr la implementación de las estrategias propuestas, dada la falta de posicionamiento que esta temática enfrenta en prácticamente la totalidad de los países. Este es seguramente uno de los principales desafíos para el futuro inmediato: lograr posicionar el tema. (86)

Según el informe SALUD E HISTORIA EN CENTROAMÉRICA: ANÁLISIS DE LAS REUNIONES DEL SECTOR SALUD para el año 2000, solo existían recomendaciones que los Directores Generales de Salud de los Ministerios de Salud Pública y Jefes del área médica de los Institutos de Seguridad Social, o funcionarios de nivel similar, se reúnan en sesión de Consejo técnico del PASCAP durante las reuniones previas a la RESSCAP, con el objetivo de orientar líneas de acción a nivel nacional y subregional en apoyo a los proyectos del Área de Recursos Humanos para la salud y de las otras áreas Prioritarias del PPS/CAP. (76)

3.2.3.2.2 Políticas de Formación

Dentro de las políticas elaboradas para los recursos Humanos en Salud, las políticas de formación se han orientado para mejorar en forma sostenida las capacidades técnicas y de actitud del personal de salud, en concordancia con los modelos de Atención, Gestión, Provisión y Financiamiento con participación intersectorial de los actores clave, en coherencia con las necesidades de la población.

Según la reunión de DESAFIOS DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD (2006-2015) realizada en San Salvador, en el 2006 se establece fortalecer el Trabajo Sectorial con el Observatorio de Recursos Humanos en Salud en El Salvador para alimentar el proceso de toma de decisiones, con la política de desarrollar convenios entre las instituciones formadoras y empleadoras para fortalecer la regulación de la formación de los trabajadores de la salud de acuerdo a las necesidades sectoriales. (83).

Se han planteado diferentes políticas con estrategias en los diferentes países que conforman el área Centroamericana dentro de los cuales se encuentran:

- En El Salvador se han establecido mecanismos efectivos de coordinación entre el sector educación y el sector salud para que los perfiles de formación estén acordes con los objetivos del Sistema Nacional de Salud e impulsar planes y programas de capacitación que contribuyan eficazmente a mejorar el potencial de los recursos humanos en salud, tanto en los aspectos técnicos como de actitud, para proporcionar una atención eficiente y de calidad a los usuarios. (37)

- En el informe de SALUD E HISTORIA EN CENTROAMERICA: ANÁLISIS DE LAS REUNIONES DEL SECTOR SALUD que comprende de 1985 al 2000 se encuentran entre las resoluciones del RESSCA la solicitud a la OPS/OMS para continuar sus esfuerzos para obtener financiamiento adicional para que los Proyectos Sub regionales de Recursos Humanos puedan desarrollarse en totalidad, particularmente los dos de prioridad: Formación en Salud Publica y Desarrollo Educacional en Salud. (88)

- En la reunión de DESAFIOS DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD (2006-2015) en San Salvador 2006 se plantea la política de Formular y promover la investigación de la fuerza laboral en salud vs. dotación de personal en los servicios de salud para municipios de acuerdo a priorización de riesgos epidemiológicos y de pobreza. (83).

- En la VI Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud Propuesta Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud San Salvador Mayo, 2006 se plantea diseñar e implementar un plan estratégico nacional para la formación y capacitación de los recursos humanos en salud, de aplicación obligatoria a nivel sectorial; así como fortalecer la capacidad técnica y tecnológica del ente rector del SNS y de las diferentes instancias relacionadas con la administración, para asumir con propiedad la gestión de recursos humanos, redefiniendo los perfiles del personal dedicado a la administración de recursos humanos en las entidades del sector. (84)

- En Honduras según el informe de SALUD E HISTORIA EN CENTROAMERICA: ANÁLISIS DE LAS REUNIONES DEL SECTOR SALUD que comprende de 1985 a 2000 se encuentran las resoluciones de apoyar el desarrollo de los Recursos Humanos en el nivel local a través de la estrategia de Educación Permanente, Solicitar a las autoridades nacionales y a los organismos de cooperación que continúen facilitando la movilización de recursos humanos, tecnológicos y financieros en apoyo a los proyectos subregionales y nacionales de Recursos Humanos. Se plantea que es necesario que las actividades de cooperación técnica en el área de recursos humanos incrementen su contribución al fortalecimiento de las instituciones nacionales y subregionales, con responsabilidades en la formación, capacitación y administración de recursos humanos. Se ve la necesidad de solicitar a la OPS/OMS que gestione con otras agencias de cooperación, el financiamiento necesario para la materialización de actividades de cooperación técnica en el área de Recursos Humanos en los países de la sub-región los cuales contribuirán al fortalecimiento de instituciones nacionales encargadas de la formación, capacitación y administración de recursos humanos. (88)

- En Nicaragua según el informe de SALUD E HISTORIA EN CENTROAMERICA ANÁLISIS DE LAS REUNIONES DEL SECTOR SALUD (1985 a 2000) se plantea que el financiamiento externo subregional y nacional que existe en los países para la formación y capacitación de Recursos Humanos sea integrado y asignado para implementar las políticas definidas o en proceso de definición, con el objeto de no duplicar esfuerzos y evita la subutilización. (88)

- El INFORME SITUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN CENTROAMÉRICA San José Costa Rica , Febrero 2006 establece el fomento de la capacitación permanente que permita el perfeccionamiento y actualización del personal en servicio, considerando el enfoque de género como enfoque transversal así como la promoción de un sistema de evaluación y acreditación de las instituciones y programas de formación de personal de salud, en conjunto con las instituciones de los subsistemas de educación técnica y superior. (86)

- En Panamá según el informe de SALUD E HISTORIA EN CENTROAMERICA: ANÁLISIS DE LAS REUNIONES DEL SECTOR SALUD (1985 a 2000) plantean la continuación e intensificar las acciones nacionales y subregionales necesarias para consolidar los procesos de Educación Permanente dentro del contexto de descentralización, desconcentración y fortalecimiento de los SILOS como eje integrador de las múltiples acciones de capacitación, facilitando así la coordinación interprogramática e interagencial (88)

- En El Salvador en la VI Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud, Propuesta Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud San Salvador Mayo 2006 se planteó promover un modelo innovador de formación de recursos humanos que aporte a los estudiantes la capacidad científica y técnica para su buen desempeño profesional y una actitud de servicio para el desarrollo de trabajo en beneficio de la comunidad; en la línea de

trascender hacia una cultura de prevención de daños, promoción y educación para la salud, respeto a los derechos humanos y enfoque de género. Para lo cual establecen estrategias para cumplir dicha política de formación de recursos humanos en salud dentro de las cuales se encuentran:

- Actualizar, adecuar y estandarizar los planes de estudio de las profesiones relacionadas con la salud, en las distintas entidades formadoras de recursos humanos en salud, mediante mecanismos de coordinación en que participen efectivamente los actores relevantes del sector salud y del sector educación.
- Promover la investigación en salud como medio para mejorar la calidad en la prestación de los servicios y aumentar la capacidad de respuesta del personal de salud ante los retos sectoriales.
- Promover la creación de centros de investigación técnica y científica para los trabajadores de la salud, ofreciendo incentivos fiscales para su funcionamiento.
- Promover y desarrollar programas docente, asistenciales integrados, formulados con participación intersectorial, que respondan a las necesidades institucionales y al Modelo de Atención en Salud e incluyan la promoción de prácticas basadas en evidencia.
- Establecer planes de intercambio nacional e internacional entre instituciones formadoras de recursos humanos en salud.
- Propiciar una formación ética del personal de salud, con énfasis en principios y valores tales como solidaridad, equidad, respeto a la vida y a la dignidad de las personas.
- Crear y desarrollar una cultura de servicio en los trabajadores del Sistema Nacional de Salud (SNS),

que se refleje en la prestación eficiente del servicio y una actitud de trato referente por parte del personal de salud, que provoque la resultante de usuarios satisfechos.

- Promover la elaboración de diagnósticos institucionales de necesidades de capacitación como fundamentos para la elaboración de los planes de capacitación y educación permanente del personal de salud, en todos los niveles de la organización, tendientes a la consecución de excelencia en la prestación de los servicios de salud.
- Diseñar e implementar un programa de capacitación para el personal activo en entidades proveedoras de servicios de salud, con contenidos técnicos y de preparación para el cambio, a fin de actualizarlo y ubicarlo en condiciones acordes con las exigencias inmediatas del nuevo SNS y de su Modelo de Atención que conlleva un enfoque de salud familiar y comunitaria (88).

  En Costa Rica se han implementado políticas de orientación de la formación del recurso humano para los servicios de salud públicos y privados, se plantea la necesidad de planificar, acreditar y evaluar a las entidades y programas de formación profesional, procurando garantizar la idoneidad de los profesionales que forman, así como su correspondencia con las necesidades de salud del país, para la cuales se han establecido las siguientes estrategias:

- Fortalecimiento de los procesos de docencia, servicio, en el marco de los principios de calidad, equidad y ética de la atención y las necesidades en salud de la población.

- Establecimientos de alianzas estratégicas entre órganos nacionales responsables de garantizar la calidad de la educación superior.
- Elaboración y divulgación de perfiles de competencia de los diferentes profesionales en el ejercicio de la rectoría y en la atención integral en salud.
- Fortalecimiento de los procesos de educación permanente según las necesidades de la población y de las diferentes instituciones del sector de salud de acuerdo al avance tecnológico y con enfoque de género, equidad y calidad.
- Desarrollo de un sistema de información integrado entre entidades formadoras y empleadoras.
- Vigilancia de la formación de recursos humanos de acuerdo a perfil epidemiológico y demográfico de la población y las necesidades del sistema nacional de salud (86,87).

3.2.3.2.3 Políticas laborales

Dentro del marco de las políticas laborales en recursos humanos en salud se está estableciendo la ampliación de las capacidades del empleado, con visión organizacional de futuro; que trascienden las exigencias de su cargo actual y se le prepara para asumir funciones más complejas y nuevas responsabilidades. De esta manera, el desarrollo de recursos humanos se relaciona con los temas de planes de carrera, que poseen un enfoque longitudinal de crecimiento y desarrollo individual de los empleados; lo mismo que planes de sucesión de cargos, que tienen el propósito de asegurar un suministro adecuado de recursos humanos para las necesidades proyectadas, de acuerdo con los planes estratégicos de las empresas o instituciones (84).

En El Salvador se está formulando un programa de incentivos no económicos para empleados del Ministerio de Salud, el cual contiene un Programa de Higiene Ocupacional, un Programa de Salud Física y Mental y un Programa Pre jubilatorio y las guarderías en las instituciones gubernamentales (Centros Ternura). Se cuenta además con un Programa de Garantía de la Calidad que permite desarrollar proyectos de mejora a los servicios de salud. (87)

Se han propuesto varias reformas que amplíen el marco laboral de los recursos humanos en salud dentro de las cuales se encuentran:

- Reiterar a los países y a la OPS/OMS intensificar sus esfuerzos para lograr una mayor integración de las otras áreas prioritarias con los proyectos de recursos humanos y una mayor coordinación de los proyectos nacionales como los sub regionales. (88)
- Refiere a ubicar a las personas adecuadas en los puestos adecuados se ha considerado dentro del plan anual 2007 del Ministerio de Salud incorporar el diseño e implementación del Sistema de Planificación de Recursos Humanos. (87)
- Modernización y aplicación de un marco jurídico que impulse el desarrollo del perfil de formación de los recursos humanos, el ejercicio profesional y el mantenimiento de relaciones laborales armónicas, acorde con los objetivos del Sistema Nacional de Salud (SNS). (84)
- Definir los perfiles ocupacionales de los trabajadores de las diferentes disciplinas que laboran en salud, adecuados para la entrega de servicios de salud a la población, con calidad y calidez, de acuerdo al nuevo SNS.
- Procurar y facilitar la participación de los actores públicos y privados que se desempeñan como

formadores y como empleadores de recursos humanos en salud, en los procesos de planificación estratégica de los mismos, a fin de encontrar equilibrio en términos cuantitativos y cualitativos entre la formación de los recursos y los requerimientos del SNS.

- Desarrollar un proceso de análisis y evaluación de puestos en el sector salud, que establezca las bases para un sistema de evaluación del desempeño y provea soporte para diseñar e implementar estructuras salariales e incentivos y planes de carrera en las instituciones que forman parte del SNS (88)

En Nicaragua según el INFORME SITUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN CENTROAMÉRICA 2006 se pretende el Fortalecimiento del marco jurídico que regule la carrera administrativa sanitaria, a través de los mecanismos legales necesarios para regular el empleo y el salario del personal de salud del sector; así como el fortalecimiento de los mecanismos de registros del Ministerio de Salud, con el fin de contribuir al fortalecimiento de los procesos de regulación de las prácticas profesionales de la salud. Entre otras estrategias para las políticas propuestas se encuentran desarrollar un sistema de reclutamiento y selección de recursos humanos en salud acorde con los nuevos perfiles y cargos y el desarrollo de un sistema de pago al personal de salud que considere como parte del salario la asignación de incentivos de acuerdo a su competencia técnica y profesional, así como su ubicación geográfica y nivel de desempeño.

También se pretende establecer mecanismos orientados para lograr la satisfacción, motivación y

compromiso del personal de salud y que contribuyan al fomento en el personal de salud de una cultura de calidad, humanismo y calidez en la atención, y además favorezcan su participación en las decisiones, velando por las condiciones de bioseguridad del trabajo; para mejorar la eficiencia de los recursos humanos en los servicios de salud que se exprese en incremento de la productividad, calidad y el compromiso social de los trabajadores y que refuerce la defensa de los derechos ciudadanos. (86)

En Costa Rica se plantea la creación de una instancia nacional e interinstitucional de alto nivel que impulse decisiones concertadas con los actores sociales involucrados en la formación, el empleo y la regulación del recurso humano de salud. (86)

Se proponen estrategias diversas para mejorar las condiciones laborales de los (as) trabajadores (as) de la salud, entre las cuales destacan la motivación, los incentivos y la capacitación permanente. Cabe destacar que en el caso de la política de recursos humanos de Nicaragua, se plantea la necesidad de la participación del personal de salud en la toma de decisiones, así como en la protección de su bioseguridad en el trabajo. En el caso de Costa Rica, dado el carácter de ente rector que asumió el Ministerio de Salud, a raíz de la Reforma del Sector, se señala la importancia de definir perfiles profesionales específicos para lograr ejercer esa función (rectoría), así como para poder orientar la atención integral en salud.

3.2.3.2.4 Políticas de Migración

Se ha planificado desarrollar un estudio de investigación sobre este tema denominado “Impacto de Migración interna y externa de las profesionales

en salud en El Salvador 2003/2006”para fortalecer la regulación en este campo:

- Fortalecimiento del observatorio de recursos humanos
- Actualización del Core Data 2006-2007
- Formulación y validación del Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidades de enseñanza e investigación de los Hospitales Nacionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Formulación conjunta de convenios entre el Ministerio y universidades privadas para la formación de Especialidades Médicas y Odontológicas.
- Trabajo Sectorial con el Observatorio de Recursos Humanos en Salud en El Salvador 2000-2005
- Trabajo en conjunto con el Ministerio de Salud. (89)

En la mayoría de los países de Centroamérica se plantea en cuanto a migración realizar estudios de migraciones del personal en salud, para evaluar el impacto de la migración interna y externa, y así regular los movimientos migratorios. En Honduras se plantea realizar un estudio de caracterización de migración y análisis de la motivación de la migración. Así como reglamentar la homologación del personal extranjero. En Costa Rica se propone la creación de un programa de incentivos para incrementar el ingreso de profesionales universitarios a carreras priorizadas. En Nicaragua plantean realizar estudio de migraciones de personal de salud en la costa hacia Belice. (89).

3.2.3.2.5 Otras políticas en Recursos Humanos en Salud

Dentro de las políticas de gestión, se presentó la estrategia de incrementar en forma sistemática y sostenida la inversión en recursos humanos para el Sistema Nacional de Salud a fin de elevar sus niveles de eficiencia, eficacia y efectividad para una atención en salud de mejor calidad para la población, equitativa y coherente con sus necesidades, estableciendo las condiciones de trabajo apropiadas y proveyendo oportunidades para el desarrollo profesional de los trabajadores de la salud. (84)

Se han propuesto varias acciones como promover el incremento gradual de los presupuestos institucionales para recursos humanos, con la finalidad de contar con recursos financieros suficientes para la contratación y sostenimiento de la cantidad y calidad de los recursos humanos para la atención en salud; identificar nuevas fuentes de financiamiento para la salud y crear los instrumentos técnicos correspondientes para su uso eficiente y el adecuado control de su manejo. Otra política incluye introducir la concepción de desarrollo del talento humano, que trasciende la consideración del uso del personal como recurso y se refiere al desarrollo de sus capacidades como protagonista en la atención en salud y sujeto de desarrollo humano y profesional. (84)

Aplicar procesos técnicos de reclutamiento, selección y contratación del personal, con equidad y transparencia, tomando en cuenta las aptitudes y actitudes contenidas en los perfiles de recursos humanos establecidos en función de los Modelos de Atención, Provisión, Gestión y Financiamiento definidos en el marco del SNS. (84)

Desarrollar un proceso de análisis y evaluación de puestos en el sector salud, que establezca las bases para un sistema de evaluación del desempeño y provea soporte para diseñar e implementar estructuras salariales e incentivos y planes de carrera en las instituciones que forman parte del SNS. (84)

Implementar un Sistema de Remuneraciones y Compensaciones, acorde con los Planes de Desarrollo de Recursos Humanos y a la redistribución geográfica del personal de salud, considerados en el planteamiento de Reforma del Sector Salud. Modernizar los Sistemas de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Desempeño de los Recursos Humanos en Salud. Crear y conformar comités institucionales y locales para la evaluación del desempeño del personal, con participación conjunta de jefes y empleados. (84)

Fortalecer la capacidad técnica y tecnológica del ente rector del SNS y de las diferentes instancias relacionadas con la administración, para asumir con propiedad la gestión de recursos humanos, redefiniendo los perfiles del personal dedicado a la administración de recursos humanos en las entidades del sector. Desarrollar un proceso de descentralización de la administración del recurso humano, a fin de satisfacer los requerimientos de los modelos de gestión y provisión de servicios planteados por el SNS. (84)

Definir lineamientos para el diseño e implementación de programas institucionales sostenidos, dedicados al mejoramiento continuo de las condiciones de trabajo en las instituciones del sector, en relación con el ambiente físico, clima laboral, sistemas de remuneraciones y disponibilidad de insumos para el

adecuado desempeño de su trabajo; promoviendo y facilitando la participación del personal involucrado en esos programas. (84)

Fortalecer la estrategia de complementariedad en materia de administración de recursos humanos a nivel sectorial, con el propósito de obtener mayor eficiencia en la gestión y evitar inequidades y cruce de funciones. En El Salvador se propusieron políticas de Planificación para contar con un ejercicio efectivo de planificación estratégica para alcanzar gradualmente el equilibrio entre oferta y demanda de los recursos humanos en salud y su asignación con equidad y visión de largo plazo, de acuerdo con el perfil epidemiológico del país y las necesidades de la población en materia de salud. Para lo que se propuso la estrategia de aplicar los mecanismos del Planeamiento Estratégico para orientar, asignar y distribuir los recursos humanos en salud con equidad y en coherencia con el perfil epidemiológico del país, en función de las necesidades y demandas de la población y de la conformación del Sistema Nacional de Salud y de sus Modelos de Atención, Gestión, Provisión y Financiamiento, según niveles de atención, con la finalidad de establecer un equilibrio entre la oferta y la demanda de recursos humanos. (84)

Dentro de las políticas de regulación, se busca establecer mecanismos idóneos de comunicación y coordinación para impulsar una regulación efectiva en las siguientes líneas:

a. Con el sector educación, para la formación de profesionales en las carreras de las ciencias de la salud.

b. Con los entes reguladores del ejercicio profesional, en el campo de la salud, para garantía de la población y
c. Con todas las instituciones integrantes del SNS, para armonizar las relaciones laborales.

Los principales avances en el campo de los recursos humanos, que se han identificado, son los siguientes:

Belice

- Se acaba de iniciar un inventario de los RRHH.

Guatemala

- Interés del Ministerio de Salud e IGSS en ceder a las universidades y otras instituciones formadoras la formación técnica y la capacitación.
- Interés e inicio de procesos de Coordinación Interinstitucional y de desarrollo del Observatorio de Recursos Humanos.
- Experiencias en descentralización de acciones para el desarrollo de recursos humanos basados en educación permanente y gestión local.
- Desarrollo de un sistema de información en el Ministerio de Salud.
- Incremento de sedes de las universidades en el interior del país.
- Mayor número y tipo de escuelas formadoras de diversas disciplinas en salud.
- Iniciativas de conocer, aprender y aplicar el enfoque de formación basado en competencias.
- Incipientes intentos de incorporación de la interculturalidad en los procesos educativos, aspecto que en el país cobra mucha importancia por su composición étnica.

- Aumento de las carreras técnicas en las universidades.
- Apertura de maestrías en salud pública con diversos énfasis.
- Inicio de procesos de auto evaluación, como base para la acreditación de Facultades.

Nicaragua

- Constitución de una instancia de Planificación de Recursos Humanos, que usa como base la elaboración de una plantilla básica que permite dar seguimiento a la distribución de la fuerza de trabajo, y proveer de información a las universidades para que prioricen las necesidades que indica la plantilla.
- La implantación y seguimiento del Manual de Planificación, Programación de Recursos Humanos.
- Facilitar el desarrollo del Sistema de Información de Recursos Humanos mediante capacitación a los usuarios de las unidades de salud y suministro de equipos de computación.
- Se está coordinando con las instituciones formadoras la actualización de la currícula de los profesionales de la salud en función del modelo de atención que se está desarrollando.
- Se está implantando el sistema de gestión del desempeño en el que se tuvo un avance del 50% a nivel nacional.
- La implementación de la reorganización institucional está contribuyendo a promover el desarrollo y fortalecimiento del trabajo en equipo.

Costa Rica

- Contar con una Política marco en recursos humanos.
- Aprobación de la Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.
- Definición y avance de un programa de trabajo de la Comisión Técnica para el desarrollo de los recursos humanos en el Sector Salud.
- Definición de una propuesta sobre un Sistema de Información de Recursos Humanos en Salud, presentada ante el Banco Internacional de Desarrollo (BID) y aprobada para su financiamiento. (89)

3.2.4 Políticas a nivel local

3.2.4.1 Determinantes Políticos

Guatemala es un Estado libre, democrático, independiente y soberano. Cada 4 años se eligen representantes del Poder Ejecutivo y Legislativo, así como alcaldes municipales. Se divide política y administrativamente en 22 departamentos y 332 municipios. Desde 1985 se estableció constitucionalmente como responsabilidad del estado promover la descentralización económica administrativa, y así lograr el adecuado desarrollo del país. En el año 1996, la firma de los Acuerdos de Paz constituyó además de un hecho histórico, un nuevo rumbo sobre la afirmación del Estado de Guatemala. Para lograr hacer efectiva la Política de Descentralización, la participación de funcionarios del organismo ejecutivo, municipalidades y sociedad así como los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural han sido herramientas vitales. A las municipalidades se les asigna el 10% del presupuesto del Estado para los proyectos de desarrollo local desde 1994. (90,91)

El responsable de coordinar y apoyar las acciones de desarrollo social a nivel nacional y regional

centroamericano es el Gabinete Social, este se conforma por los Ministerios de Salud, Educación, Agricultura, Ganadería y Alimentación, Cultura y Deportes, Trabajo, Comunicaciones y Obras Públicas, las Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, Seguridad Alimentaria, FONAPAZ y SEGEPLAN. (92)

El ente rector de la salud en el país es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el cual se encarga de llevar el liderazgo en todos los asuntos definidos en las políticas de salud del gobierno; siendo partícipe activo con los distintos actores y se somete a auditorias sociales basándose en los siguientes artículos: (90,92)

Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Acuerdo Gubernativo No. 115-99. Artículo 3º: Políticas, planes, programas de salud. "El Ministerio de Salud con el objeto de asegurar la salud de la población, formula, organiza, dirige, conduce, ejecuta y evalúa las políticas, planes, programas y proyectos de salud, asignando los recursos financieros, humanos, tecnológicos, físicos y materiales, tanto de origen gubernamental, como de otras fuentes, de acuerdo a las prioridades nacionales de salud". (92)

Ley del Organismo Ejecutivo y sus Reformas, Decreto No. 114-97. Artículo 23.- "Rectoría Sectorial: Los Ministerios son los rectores de las políticas públicas correspondientes a las funciones sustantivas de cada Ministerio. Ejercen un papel de coordinación y facilitación de la acción del sector o sectores bajo su responsabilidad, para lo cual deben coordinar esfuerzos y propiciar la comunicación y cooperación entre las diferentes instituciones públicas y privadas que corresponda". (92)

Articulo 39.- "Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social: Al Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social le corresponde formular las políticas y hacer cumplir el régimen jurídico relativo a la salud preventiva y curativa y a las acciones de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de los habitantes del país y a la preservación higiénica del medio ambiente; a la orientación y coordinación de la cooperación técnica y financiera en salud y a velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con salud en caso de emergencias por epidemias y desastres naturales, y, a dirigir en forma descentralizada el sistema de capacitación y formación de los recursos humanos del sector salud, para ello tiene a su cargo las Políticas de Salud 2004-2008." (92)

Las responsabilidades en regulación y conducción son exclusivas del Ministerio de Salud, sin embargo comparte con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales el aseguramiento, provisión de servicios, financiamiento y funciones esenciales de salud pública. (90)

Estructuralmente, el Despacho Ministerial es un eje concéntrico, y se apoya directamente en los vice ministerios: técnico y administrativo. Funcionalmente está formado por cuatro Direcciones Generales: Dirección General del Sistema Integral de Atención de Salud; Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud; Dirección de Recursos Humanos y la Gerencia administrativa financiera. Las asesorías técnicas de apoyo y unidades como el Sistema de Información Gerencial en Salud, dependen principalmente del Despacho Ministerial y, son dependencias técnico normativas encomendadas de regular, administrar, controlar, monitorear y valuar los programas y servicios determinados. (90)

3.2.4.2 Políticas de formación

Se ha desarrollado la oferta de formación en disciplinas y áreas prioritarias por parte de las universidades y escuelas formadoras en las que los perfiles de egreso han sido determinados por las insuficiencias de los servicios de salud y las competencias solicitadas, por lo que se presentaron cuatro iniciativas:

- Se han consolidado las formas de interacción entre las instituciones de servicios de salud, las universidades y escuelas formadoras, por medio de legalización a nivel nacional en instancias de coordinación y trabajo conjunto. (93)
- Se han creado carreras de salud principalmente a nivel técnico y profesional en sitios donde se han detallado necesidades concretas por parte de las universidades. (93)
- En respuesta a las características del sistema de salud, se han reconocido enfoques y contenidos mínimos para la formación profesional en salud, modelos de atención y competencias solicitadas por las instituciones empleadoras. (93)
- Para la formación de técnicos de salud se cuenta con escuelas legalizadas y reguladas por el Ministerio de Salud. (93)

Se procura tener un personal reclasificado de acuerdo a perfiles ocupacionales actualizados, contratación, valoración del desempeño y educación continua con base a competencias; carrera administrativa implementada sostenida en estímulos; entrega de servicios de calidad, sustentados en consensos entre la institución y los trabajadores. (93)

3.2.4.2.1 Escuelas Formadoras De Recursos En Salud

A este Programa se asigna el 1.0% del presupuesto total (Q. 18, 452,325.00). El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, encierra estrategias,

programas y recursos técnicos para formar personal técnico y profesional en salud; para lograr esto cuenta con el apoyo de universidades y otras instituciones del país, en esa instancia, se espera causar un impacto en la disminución de la mortalidad y morbilidad en todos los niveles de atención de los servicios de salud, así como también optimizar la calidad en la asistencia de los mismos y en el incremento de la cobertura. Las trece escuelas formadoras de personal técnico en salud para la formación del recurso humano comprende: enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, técnicos en rayos x, técnicos en laboratorio clínico, cito tecnólogos, técnicos en anestesia, promotores de salud rural, fisioterapistas, técnicos en terapia respiratoria, etc. (93,94)

El Ministerio, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y las facultades de medicina de tres universidades (San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar y Mariano Gálvez de Guatemala) pertenecen a la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y del Sector Salud, para que con un enfoque nacional y sumando esfuerzos se aborden de forma conjunta los magnos retos para el desarrollo de los recursos humanos. Una de las acciones más importante en esta alianza es el desarrollo del Observatorio de Recursos Humanos, que es un espacio multi institucional e intersectorial de búsqueda, procesamiento y análisis conjunto de información sobre los recursos humanos (formación, empleo, incentivos, proyecciones de oferta y demanda, etc.) que sirva de base para la toma de decisiones y la formulación de políticas a mediano y largo plazo. (95)

3.2.4.3 Políticas de Distribución

El Ministerio de Salud ha descentralizado el cargo de la elaboración presupuestaria hacia las Direcciones de Área de Salud, quienes son responsables de diseñar el plan operativo anual que contiene la presupuestación de las actividades de salud de su jurisdicción, éstos se consolidan a nivel central por unidades de planificación y presupuesto. La reforma institucional organizacional y de prestación de servicio, se inició en el año de 1996, la cual ha permitido que los grupos de población con mayor postergación tengan acceso a los programas básicos de salud. Las prioridades de salud están en los Lineamientos del Plan Nacional de Salud para el período 2004-2008, que contienen políticas con respecto al fortalecimiento del papel rector del ministerio de salud; satisfacción de las necesidades de salud de la población con enfoque intercultural así como entrega de servicios de calidad y equidad en los diferentes niveles; adquisición y provisión de insumos en forma oportuna; modernización del sistema de gestión administrativo-financiero y de planificación del ministerio; promoción de acciones de apoyo al saneamiento del medio; protección a la población de los riesgos inherentes al consumo y exposición de alimentos, medicamentos y sustancia nocivas a la salud; Fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de las competencias, responsabilidades, recursos y poder de decisión a las áreas de salud y hospitales.

3.2.4.3.1 Fortalecimiento del desarrollo y administración de los Recursos humanos en salud

Desde la declaración de Alma Ata, la política de salud ha tomado en cuenta la atención primaria, pero no han sido sostenibles muchos de los intentos. Esta política se operativiza desde 1997 por medio de la estrategia de Extensión de Cobertura en donde se delimitó la canasta básica de servicios de primer nivel

y se acomodó la modalidad de instituir convenios con prestadoras y administradoras de servicios de salud, con la finalidad de conseguir disminuir las inequidades evidentes con respecto a la accesibilidad a los servicios de salud. (90, 96, 97,98)

3.2.4.4 Políticas laborales

El fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud es una de las políticas del Ministerio de Salud 2004-2008, por lo que se llevó a cabo un inventario de recursos humanos de la institución en el año 2005, revelando que el total de trabajadores del Ministerio de Salud en todas sus categorías era de 23,357. La contratación del recurso humano se efectúa por medio de diversas secciones presupuestarias que encierran personal permanente y por contratos temporales, el 80% del personal se encuentra contemplado en la sección permanente, según se reportó. Mientras que en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social reportó en su nómina un total de 12,283 trabajadores donde el 91% es permanente. El seguro social en la Política de Modernización, Sistematización, Eficiencia Integral y Calidad (2004), instituye la actualización del manual de perfiles de puestos para realzar la calidad de los procesos de clasificación, contratación, inducción, adiestramiento y valoración del desempeño. No se cuenta con información del subsector privado. La concentración de recursos humanos en el área metropolitana y la escasez de médicos con especialidades básicas en los hospitales departamentales provocan un gran déficit, sin embargo la inversión en capital humano no tiene un efecto importante de manera inmediata sobre la productividad, pero sus impactos a mediano y largo plazo pueden llegar a ser considerables, por lo que la distribución de los recursos humanos es un reflejo de un modelo asistencial centralizado e inclinado hacia la atención médica curativa. (90, 99, 100, 101,102,)

En lo referente al gasto en recursos humanos, la cantidad asciende a Q. 1, 808, 123,045.00 el cual constituye el 97% del total de gastos de la estructura global en salud, este dato corresponde al año 2005. (90, 99, 100, 101, 102, 103,104)

3.2.4.5 Otras Políticas

La migración es otro tema de importancia en donde se persigue el monitoreo permanente de las migraciones internacionales y nacionales de personal de salud por lo que se han tomado medidas de regulación por el aumento y mala disponibilidad y distribución de los recursos humanos. El sistema de detección y registro de los movimientos migratorios internos y externos de personal de salud en el país es analizado en el Observatorio de Recursos Humanos de Salud. (93)

Para cumplimiento de la década de los recursos humanos, declarada el 7 de abril de 2006, el MSPAS, desarrollo un PLAN NACIONAL DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS GUATEMALA, 2007-2015, en este apartado se describen las estrategias, políticas y metas nacionales para este periodo (ver anexos 3 y 4). (93)

Las políticas servirán para dirigir la regulación, la formación y la gestión de los recursos humanos, importantes para el trabajo efectivo del sistema de salud y sus instituciones, así como para la complacencia de los trabajadores de salud. La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006-2015 a fin de que la comunidad global, durante los diez años siguientes enfoque su atención en los retos de los recursos humanos, desarrollando y apoyando las capacidades de mujeres y hombres que trabajan en salud para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2015. Los recursos humanos en salud han venido ganando visibilidad en los medios de comunicación social, especialmente los asuntos

sobre condiciones laborales, formación y migración de profesionales. Así con la promulgación de las políticas se dará inicio a un arduo proceso de desarrollo que necesita la formulación de metas y de planes operacionales que le indiquen al sector el camino para poner en práctica y dar cumplimiento a los objetivos de las políticas. (39, 105, 106)

3.3 Situación actual de Recursos Humanos en Salud

3.3.1 Situación actual mundial

La atención sanitaria está basada fundamentalmente en el capital humano. La fuerza de trabajo, elemento clave de todos los sistemas sanitarios, es fundamental para hacer progresar la salud. Abundan las pruebas 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. (107)

A nivel mundial, existe una discrepancia del número de médicos por habitante. La Organización Mundial para la Salud (OMS) muestra en el Reporte Mundial de Salud del 2006, que países de la región europea, como lo son Francia, Holanda, Alemania, Suiza e Inglaterra, cuentan con un promedio de 3 médicos por 1,000 habitantes. En comparación con países asiáticos que presentan un promedio de 1.5 médicos por 1,000 habitantes. Países del Caribe, como Haití y Jamaica cuentan con tan sólo 1.1 médicos por 1,000 habitantes. Países que se encuentran en el mismo continente, demuestran diferencias marcadas en cuanto a estos datos, siendo así el ejemplo de Canadá y Estados Unidos con un promedio de 2.35 médicos por 1,000 habitantes, en comparación de Guatemala

y Honduras con un promedio de 0.54 médicos por 1,000 habitantes. (Ver Anexo 5) (108)

La OMS estima que hay en el mundo un total de 59,2 millones de trabajadores sanitarios de jornada completa remunerados. Además se ha identificado un umbral en la densidad de personal sanitario por debajo del cual es muy improbable lograr una alta cobertura de intervenciones esenciales, como las necesarias para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud. Basándose en estas estimaciones, hay actualmente 57 países con carencias críticas equivalentes a un déficit mundial de 2,4 millones de médicos, enfermeras y comadronas. Paradójicamente, es frecuente que, en un mismo país, coexistan estas insuficiencias con un gran número de profesionales sanitarios desempleados. (107)

El Reporte Mundial en Salud del 2006, identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud entre los distintos países. Países con una necesidad relativa menor de salud presentaba los porcentajes más altos de trabajadores en salud, mientras que los países con índices elevados de mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. La Región de las Américas, con una carga de morbilidad del 10%, concentra a un 37% de los trabajadores sanitarios del mundo, que absorben más del 50% de la financiación sanitaria mundial, mientras que la Región de África soporta el 24% de la carga, pero sólo cuenta con el 3% de los trabajadores sanitarios, que pueden disponer de menos del 1% del gasto mundial en salud. Este éxodo de profesionales calificados en medio de tantas necesidades sanitarias sin cubrir sitúa a África en el epicentro de la crisis mundial de personal sanitario. La región mediterránea, que presenta el 9% del índice de morbilidad global, cuenta únicamente con el 3.5% de trabajadores para salud y 1% de la financiación sanitaria mundial. El Sudeste de Asia posee el mayor índice de morbilidad, pero tiene solamente el 12% de recursos humanos para la salud. (107)

La escasez actual de los recursos humanos en el sector de la salud, principalmente en países de África sub-Saharana, amenaza las estrategias para controlar la extensión de enfermedades tales como VIH/SIDA, malaria y tuberculosis. El Informe de Desarrollo Mundial *2004* establece claramente que si no hay mejoras en la situación de los recursos humanos, el desarrollo de la salud y las Metas del Milenio no podrán ser alcanzados. El acceso a los servicios médicos de buena calidad es crucial para el mejoramiento de la salud. A menudo, los servicios no están disponibles por encontrarse a grandes distancias; y cuando están disponibles, la gente no puede acceder a ellos por razones como horas limitadas de la presencia del personal, comportamiento antipático hacia usuarios y barreras culturales. La accesibilidad de los servicios médicos esta influenciado por factores de tipo geográfico, económico, de organización y cultura (aceptabilidad) los cuales pueden facilitar u obstaculizar el uso de servicios. (109)

El recurso médico en Alemania es elevado, comparado con el de Estados Unidos de América, atribuyéndoselo al sistema educativo que existe en estos países. Si alguna persona cumple los requerimientos académicos en Alemania, la posibilidad de estudiar medicina está legalmente garantizada. Esto conlleva a una sobreproducción de médicos y el desempleo se ha vuelto un serio problema. En el 2001, el desempleo de los médicos alemanes de 2.1% condujo a muchos galenos alemanes a migrar a países como Noruega, Suecia y el Reino Unido. En el año 2003, Alemania presentó 3.4 médicos practicantes por 1000 habitantes, en comparación con los Estados Unidos de América, el cual presentó 2.3 médicos practicantes por 1000 habitantes. (110)

3.3.1.1 Las Reformas Neoliberales en Salud

En los últimos tiempos se ha gestado una reforma netamente neoliberal en lo que al sistema de salud respecta. Este modelo está fundamentado en principios económicos de rentabilidad y beneficio como los siguientes: el sector privado es más eficiente que el público y por ello la función del Estado no es producir

bienes y servicios, sino regular; un mercado libre y competitivo genera bienes y servicios de mejor calidad que un mercado monopolístico; cuanto más cerca de la base se toman las decisiones, es más fácil controlar la corrupción, se atiende mejor a las necesidades locales y más satisfechos quedan los usuarios; y para incrementar la eficiencia y productividad de los servicios es necesario contar con una fuerza laboral flexible. Sin embargo esta reforma neoliberal ha fracasado. (111)

Si bien, los objetivos de las reformas neoliberales a los sistemas de salud están dirigidos a conseguir niveles aceptables de eficiencia, calidad, y equidad en los servicios de atención médica y a aumentar la satisfacción de los usuarios, el mismo Banco Mundial, propulsor principal de este modelo ha reconocido que algunos de los postulados en los que se sustenta dicho modelo no son los más adecuados en todos los contextos. (111)

3.3.1.2 Estadísticas de los Recursos Humanos en Salud en el Mundo

Para analizar la disponibilidad de personal de salud, se agrupó a los países en función a la Densidad de recursos humanos, estableciendo tres categorías:

1. Aquéllos con una tasa superior a 50 profesionales por 10,000 habitantes;
2. aquéllos con una tasa de 25 a 50;
3. y los que tienen una tasa inferior a 25, en consonancia con lo establecido en el Informe sobre la salud en el mundo (2006).

Este agrupamiento de países permite apreciar la reducción de las tasas de mortalidad a medida que aumenta la disponibilidad de recursos humanos. (Ver anexo 6) (112)

La escasez de trabajadores de salud en algunos países se agrava por la tendencia de los profesionales a ubicarse en áreas urbanas, lo que determina una mala distribución de los recursos humanos y una reducción del acceso a los servicios de salud de los ciudadanos que residen en las zonas rurales. Existen notables diferencias en la distribución urbana-rural de los recursos humanos en salud. En general, la disponibilidad de médicos en las zonas urbanas es entre 1,5 y 4 veces superior a la tasa general, y entre 8 y 10 veces mayor que en las zonas rurales. (112) Por ejemplo, el tamaño extenso de Indonesia y el terreno difícil presenta un obstáculo enorme para el acceso a los servicios médicos y para una distribución equilibrada del personal en salud. Los doctores y las enfermeras son renuentes a trabajar en las islas alejadas o en localidades dentro del bosque que ofrece pobre comunicación con el resto del país y poca comodidad para los profesionales de salud y sus familias. En Bangladesh las áreas metropolitanas contienen alrededor el 15% de la población del país pero el 35% de doctores y el 30% de enfermeras, trabajan para el gobierno. Puesto que no hay doctores o enfermeras en el sector privado fuera las áreas metropolitanas, la concentración geográfica en las áreas metropolitanas son incluso mayores. En Ghana en 1997, 1,087 de los 1,247 (87.2%) médicos generales trabajaban en las regiones urbanas, aunque el 66% de la población vive en las áreas rurales. El desbalance en la distribución del personal de salud contribuye a las grandes disparidades en la salud observadas entre la población rural y urbana. (109)

3.3.1.3 Factores que influyen en un trabajador en salud para laborar en el área rural

Como se mencionó anteriormente, las desproporciones en la fuerza de trabajo en salud, son una constante en casi todos los sistemas de salud, especialmente en aquellos de países en vías de desarrollo. A raíz de lo anterior un grupo

de investigadores del Banco Mundial, realizaron una investigación en Etiopía, un modelo aplicable a muchos países del tercer mundo, indagando sobre los factores que determinan que un trabajador en salud decida ubicarse en el área rural, para el desempeño de su labor. A continuación se presentan los detalles más relevantes de dicha investigación. (113)

Los servicios de salud dependen críticamente del tamaño, habilidades y compromiso de la fuerza laboral en salud. Los recursos humanos en salud son fundamentales para mejorar las condiciones de salud de la población, y también para alcanzar las "metas del milenio". (113)

Dada la relación obvia entre el número de trabajadores de salud y la capacidad resolutiva de los servicios de salud, tanto en términos de volumen, como de calidad; la distribución de los profesionales de salud tiene implicaciones críticas en lo que a equidad y acceso a la salud corresponde. Por lo tanto estos últimos pueden ser mejorados mediante una reubicación de los recursos humanos. Se ha determinado que la decisión y las preferencias de los trabajadores de salud son de vital importancia a la hora de elegir un puesto en el área rural. Como prueba de lo anterior, podemos mencionar lo que un trabajador de salud en Etiopía mencionó al ser entrevistado por el grupo en cuestión, argumentando "que hay una diferencia obvia entre los puestos en el área rural y el área urbana. Trabajar en el área rural implica ayudar a los pobres, pero en las áreas urbanas se puede aprender más, tener más ingreso económico y mejor educación para los hijos". (114)

Sin, embargo, distintas fuentes han determinado que si bien el factor económico es importante en esta decisión, no es el único, y existen otros que son importantes, especialmente para los trabajadores de salud, como son:

las oportunidades de entrenamiento, perspectivas de desarrollo profesional, condiciones de vida, carga laboral, seguridad social y familiar así como elementos en materia de seguridad. (109,114)

El trabajo en áreas rurales se ha asociado a oportunidades limitadas de entrenamiento médico, interacciones y relaciones profesionales limitadas, menor exposición a tecnología de vanguardia, mucha responsabilidad y carga laboral, aislamiento social, pobres servicios sociales y en algunos casos menor oportunidad de ingreso económico. Ahora bien, es importante destacar que en Indonesia, Sepowski (2004), encontró que los profesionales de salud que escogían trabajar en un área rural por propia elección o interés, tenían mayor tendencia a permanecer más tiempo en el puesto. Otro factor importante de considerar es el efecto que los incentivos extra, financieros o no financieros, en relación a estos puestos en áreas rurales pueden tener. Entre estos incentivos podemos mencionar: bonos, subsidios de vivienda, víveres, etc.; promoción, entrenamiento continuo, etc. (114)
En países como Estados Unidos (Rabinowitz, 1999); Australia (Easterbrook, 1999); Tailandia (Wibupolprasert, 2003); e Indonesia (Chomitz, 1998); se realizan esfuerzos especiales para reclutar trabajadores en salud para el área rural, y buscan exponer a los estudiantes desde etapas tempranas de su formación profesional en salud, al trabajo en áreas rurales como parte de su pensum. Además, la experiencia ha demostrado que los estudiantes que proceden de áreas rurales, son más propensos a regresar a tales dichas áreas a trabajar, y muestran una mejor respuesta a los incentivos que motivan el trabajo en el área rural; así mismo requieren un menor incentivo económico para tomar estos puestos. (114)

El gobierno y su rol como gestor en la colocación de los trabajadores de salud, también cumple un rol importante.

En algunos países, donde los estudiantes son en su mayoría patrocinados por el gobierno, estos tienen la obligación de cumplir con un tiempo de servicio profesional reglamentario, en áreas de mayor necesidad; y sólo tras haber cumplido este requisito, son autorizados para incorporarse al sector privado. (114)

Por último es importante mencionar que la motivación intrínseca y personal juega un rol determinante a la hora de escoger un puesto en el área rural. Tal es el caso de aquellas personas que tienen como convicción ayudar a los pobres, sanar a los más enfermos o bien, de jugar un papel protagónico en el fenómeno social. Aquellos que tienen un fuerte criterio sobre la justicia en la distribución de los recursos también son más anuentes a ayudar a los pobres. Así mismo factores como el lugar de procedencia, o bien, si lo padres aún viven en un área rural puede favorecer a un profesional en salud a escoger un puesto en el área rural. En el estudio realizado en Etiopía, se encontró que 26% de los estudiantes de medicina tenia altas motivaciones personales para ir a un área rural, que las mujeres tendían a tener más esta motivación, y que los estudiantes mayormente familiarizados con el área rural eran aquellos dispuestos a ocupar estos puestos. Así mismo se determinó que los estudiantes de medicina preferían menos las áreas rurales que los estudiantes de enfermería. (114)

3.3.1.4 La tendencia a preferir un puesto en el área urbana

Según estadísticas del Banco Mundial, dos tercios de los estudiantes de enfermería, y un 90% de los estudiantes de medicina, prefieren trabajar en el área urbana en vez del área rural, a largo plazo. En esto, como se mencionó anteriormente, juegan un papel importante factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico (otros trabajos), buena educación para los hijos, acceso a buenos servicios de salud, condiciones

físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. En un estudio llevado a cabo por investigadores del Banco Mundial, se determinó que los tres factores más importantes eran la buena educación para los hijos, oportunidades de promoción, y continuidad del entrenamiento médico, en ese orden. (115) Así mismo este estudio, realizado en Etiopía determinó que se requeriría un aumento del 39 % en el salario base de los médicos, para que estos escogieran trabajar en un área rural. Esto implicaría un aumento del 7.9% del presupuesto anual en salud en ese país para lograr esa meta, sin embargo en una cohorte de médicos bien motivados para trabajar en el área rural, el aumento al presupuesto necesario sería solamente del 2%. Por lo tanto, se ha recomendado como propuestas de solución a la problemática en materia de recursos humanos en salud, que en vez de aumentar los salarios, se mejoren las oportunidades de poder continuar con los estudios en el área rural, así como motivar desde etapas tempranas de la formación profesional del médico, valores que permitan generar en estos un interés intrínseco que permita que se sientan más identificados con el trabajo en el área rural. (116)

3.3.1.5 Migración de la Fuerza laboral en salud. Una problemática Actual.

En años recientes, la migración, inyectada por muchos factores, ha crecido a tales proporciones que está afectando la sostenibilidad de los sistemas de salud en algunos países. Mientras tanto los países desarrollados como los en vías de desarrollo experimentan el impacto negativo de la pérdida de esta fuerza laboral, su impacto se siente más en estos últimos, que cada vez encuentran más difícil competir con recurso humano capacitado en el mundo global actual. (98) “Un trabajador inmigrante, es toda aquella persona que está, estuvo o estará involucrada

en una actividad económica en un país, del cual él o ella no es originario". (117)

El número de trabajadores inmigrantes se ha duplicado desde 1975, sin que el sector de trabajadores de salud se quede ajeno a este fenómeno. Según las Naciones Unidas el número de personas involucradas en estos movimientos han crecido sostenidamente en la segunda mitad del siglo XX y los datos disponibles indican que las personas nacidas en un territorio diferente al que residían en 1965 eran 75 millones y que en el año 2002 esa cifra llega aproximadamente a los 175 millones. Las áreas geográficas que en su mayoría albergan a esta fuerza laboral, son la Unión Europea, Asia y los Estados Unidos. (117)

El total de migrantes representa alrededor del 2,9 % del total de los habitantes del planeta. En los países de recepción, los migrantes se encuentran particularmente concentrados en las llamadas "ciudades globales", puntos de convergencia del poder económico y político, de la administración de la riqueza y del conocimiento. (118)

En los años 1950-1960, se comenzó a gestar un fenómeno de migración de trabajadores de salud a nivel mundial, por lo cual la Organización Mundial Para la Salud, empezó a realizar un detenido estudio al respecto, determinando que para 1972 6 % de los médicos del mundo estaban laborando en otro país que el de su nacionalidad. De este total, 86 % de los médicos se concentraba en 5 países: Australia, Canadá, República Federal de Alemania, Reino Unido y Estados Unidos. India, es el país que con más médicos ha contribuido a este fenómeno migratorio, sin embargo es en África donde el fenómeno ha generado mayor preocupación para la OMS, ya que se asume que la migración del recurso humano en salud ha contribuido a los problemas enfrentados actualmente por el sistema de

salud de este continente. Entre el 25% y el 28% de los médicos que ejercen en los Estados Unidos de América, el Reino Unido, Canadá y Australia se han graduado fuera de esos países, y entre el 40% y el 75% de esos médicos provienen de países de bajos ingresos. (118)

Canadá y los EEUU han modificado su legislación creando visas temporales y expandiendo las prácticas profesionales que estas abarcan, para aumentar sus trabajadores calificados. En la Comunidad Económica Europea los requisitos educacionales de formación universitaria para profesionales de salud, hacen que organizaciones privadas en países como Italia, movilicen la migración de personal de países latinoamericanos. (118)

Esta migración está fuertemente influenciada por las políticas de los diferentes gobiernos, en cuanto al control del reclutamiento, entrenamiento y permanencia de profesionales de la salud. Así mismo, políticamente hablando, existen una serie de tratados internacionales que han favorecido este fenómeno de flujo de profesionales. Tal es el caso de del "TRANS-TASMAN", "Nordic Passport Free Area", "North American Free Trade Agreement, NAFTA", Unión Europea, etc. El trabajo en el sector salud, se caracteriza por un intrincado sistema de interdependencia laboral, así como la proliferación de las especializaciones y subespecializaciones, lo cual puede colapsar un sistema de salud, ya que aún pequeños cambios en el número de profesionales migrantes, pueden restar recursos al sistema de salud de un país. (119)

3.3.1.5.1 Razones para migrar

1. En los países desarrollados el envejecimiento de la población, la carga de enfermedades crónicas y otros factores tienden a incrementar la demanda por servicios de salud. (26)

2. La migración de profesionales de salud está relacionada con las malas condiciones de los mercados laborales en los países pobres y tiende a extraer de éstos los profesionales más jóvenes y calificados, que son los que más fácilmente se insertan en el mercado laboral receptor. El personal emigrante se ubica en los rangos de edad de mayor productividad para los profesionales, en los que el país acaba de invertir y aún no ha recibido el retorno esperado por dicha inversión, mediante la esperada prestación de servicios a la población. (26)

3. Muchos programas de formación de profesionales de salud, contribuyen directa e indirectamente a facilitar la migración de sus egresados. Muchas facultades y escuelas de medicina y enfermería mantienen programas no alineados con la problemática de salud de sus países, ni con sus sistemas de salud ni con la modalidad de práctica profesional imperante en el país, creando así condiciones para emigrar: desfase con el perfil de las competencias adquiridas e insatisfacción de los profesionales. (26)

4. El interés de los trabajadores de salud, sobre todo de los profesionales, de acceder a programas de formación suplementaria. Muchos profesionales jóvenes emigran temporalmente con el objetivo de obtener títulos de postgrado que de regreso a sus países les facilite una mejor inserción en el mercado de trabajo, pero muchos de ellos reciben ofertas de trabajo que los retienen en los países de mayor desarrollo. (26)

La migración del personal de salud está vinculada a la escasez, mala distribución y desequilibrios en

la asignación de personal de salud, así con malas condiciones de trabajo y de salarios, falta de oportunidades de promoción y desarrollo de personal, inestabilidad laboral, falta de apoyo para los trabajadores y exclusión de las decisiones. (119)

La migración de trabajadores de salud, abre las puertas para mejores oportunidades de salario, formación profesional y entrenamiento. Esto se refuerza con las condiciones poco atractivas de trabajo local, así como reducciones presupuestarias, al grado que muchos médicos se están re entrenando como enfermeros, ya que hay mayores oportunidades de puestos de trabajo para enfermeros en el extranjero. Para los individuos, la posibilidad de multiplicar sus ingresos es un factor que permite en gran manera explicar el fenómeno de migración, ya que la diferencia entre salarios en el país de origen y el país de destino son en mucho el principal estimulo para la migración. Sin embargo como se ha mencionado anteriormente, para trabajadores altamente calificados, como los médicos, el desarrollo profesional continuo es una parte integral de los planes de carrera y trabajo. Esto incluye la búsqueda de oportunidades para adquirir entrenamiento especializado, el cual muchas veces no está disponible en el país natal, o bien la oportunidad de utilizar tecnología no disponible en el país de origen. El ambiente y las condiciones laborales en el país de origen también son un factor que no se puede obviar. (119)

Los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU), juega un rol importantísimo en este sentido hoy en día, siendo para el año 2000 que del total de

médicos laborando en ese país, un 25% corresponde a médicos graduados fuera de EEUU. El reclutamiento de personal en salud en este país, está altamente influenciado por un sistema cambiante de inmigración, en el cual ha habido una considerable permisibilidad y disminución de las restricciones a la inmigración de personal altamente calificado. También el Reino Unido es un país con alta tasa de "importación de trabajadores en salud". (119)

Se consigna que Canadá y México son los países de mayor emigración de personal de salud, lo cual está relacionado con la proximidad a los Estados Unidos, país en el que actualmente hay 170,000 vacantes de enfermeras, número que se prevé llegará a 260,000 en 2010. Ese número corresponde al 90% de la existencia total de enfermeras en América Latina y el Caribe. En el caso de los médicos, se sabe que de las escuelas de medicina de los Estados Unidos egresan anualmente un número aproximado a 17,000 nuevos médicos, mientras la demanda de residentes anuales excede esta cifra en un 30%. Estas plazas se cubren con médicos provenientes del exterior (aproximadamente 6,000 anuales), muchos de los cuales terminan adquiriendo residencia permanente en aquel país. (120)

Se hace necesario mencionar, que el patrón de migración de la fuerza laboral de cada país refleja factores relacionados con el contexto económico-social, programas de desarrollo local así como situaciones de conflicto como guerras civiles, violencia y la pandemia VIH-SIDA, en cada país. Sin embargo algunos autores, como Portes y Rumbaut, sostienen que la mayoría de personal de

salud migrante, surge de países con un nivel de desarrollo intermedio, y no necesariamente de los países más pobres. Así mismo se recalca el hecho que una vez establecidos ciertos vínculos para la migración, estos estimularán mayor migración. Por tanto las asociaciones, los intercambios culturales-académicos, las redes de trabajo, etc. son factores determinantes en este fenómeno. (119)

3.3.1.5.2 Consecuencias de la migración

El impacto de la emigración del personal de salud es mayor en los países donde la inversión en el sistema educativo es limitada y en los que la rápida salida del personal impide reponerlo en el plazo necesario. En estos casos, la pérdida de profesionales de la salud puede ocasionar graves deficiencias en los servicios disponibles y en la capacidad de los países para avanzar sus planes de desarrollo sanitario. (121)

En el mercado de trabajo globalizado, los flujos de migración desde los países pobres hacia países ricos aumentan las desigualdades en la salud al disminuir las capacidades de sistemas sanitarios débiles e impactan negativamente en la salud de las poblaciones en momentos donde más se requiere su fortalecimiento. Son las zonas rurales las que con mayor facilidad y frecuencia se ven carentes de personal de salud, y con población con dificultad para el acceso a los servicios. (121)

Los países proveedores tienden a quedarse con personal menos calificado, generando en sus propios sistemas de salud problemas de cobertura y menor calidad de la atención. Por otro lado, la alta rotación de personal en los servicios de salud, aumenta los costos operativos y atenta contra la calidad de los

servicios, en la medida que interrumpe la organización funcional, reduce la eficiencia de los equipos de salud y causa pérdidas en el conocimiento disponible en las instituciones. Una solución a la que recurren comúnmente los servicios de salud con déficit de enfermeras es establecer sobre tiempos obligatorios, con lo cual el personal que permanece en los servicios sufre las consecuencias de los vacíos dejados por los que emigraron, con extensión de sus jornadas y sobre carga de trabajo, que a su vez puede promover una mayor emigración. (121)

Otro aspecto preocupante se refiere al abuso o explotación de la fuerza de trabajo emigrante en los países receptores. La dificultad para verificar previamente las condiciones de empleo, las barreras de idioma, la falta de normas éticas que afecta a este proceso y la inexistencia de un marco que regule a las agencias contratadoras e intermediarias y a las propias instituciones de salud, dan lugar a que se engañe o se explote al trabajador de salud que emigra. El tiempo que este trabajador utiliza para lograr la acreditación que le permite ejercer en el país receptor representa por lo común años de bajos salarios en los que ocupan cargos inapropiados. (121)

Un elemento a tener en cuenta es el aporte que para las economías de los países pobres significan las remesas que los emigrantes en general, y los de salud en particular, remiten periódicamente a sus familiares en sus países de origen. No obstante, se estima que aún considerando que cada uno de estos dólares genera dos dólares en la actividad económica local, estas remesas no compensan la inversión de los gobiernos en educación y formación de trabajadores de cuidado a la salud y los servicios que

ellos habrían de desarrollar de permanecer en sus propios países. (118)

A pesar de todo, debemos mencionar que no todo es negativo respecto al fenómeno de migración del recurso humano en salud. Algunos sostienen que la migración de personal calificado, es beneficioso ya que favorece la creación de comunidades transnacionales, que estimulan la inversión y el crecimiento global. Además, en los últimos años, la migración se ha vuelto más temporal que en el pasado, permitiendo a los países de origen atraer "de vuelta" personal calificado, proveyendo una nueva dinámica para la inversión. Además los mismos trabajadores que han emigrado, justifican que entre sus motivaciones está una mejor situación económica y laboral al volver. Además no se puede obviar el beneficio de la generación de divisas que este fenómeno conlleva. (119)

3.3.2 Situación actual regional

3.3.2.1 Situación actual en Latinoamérica

Más de siete millones y medio de personas trabajan en el sector Salud en el continente americano, en condiciones que varían de país a país, pero que, en general son muy desfavorables y, en muchos casos con graves y múltiples carencias. Este escenario, que se repite con variantes en todo el mundo, afecta directamente a la calidad de las prestaciones de Salud. (107)

En la actualidad, la Región de América cuenta con 1, 872,000 médicos y 3, 580, 000 enfermeras, lo que significa unas tasas promedio de 22 y 42 profesionales por cada 10, 000 habitantes, tasas que en el último período (2000-2004) han aumentado a un ritmo anual del 0,15 en

el caso de los médicos y del 0,20, en el de las enfermeras. (112)

Sólo 9 de los 28 países de la Región manifiestan estar satisfechos con la disponibilidad de información sobre distribución del personal de salud en relación a la población. Un número importante de países en el mundo no cuenta con el personal necesario para tener una cobertura mínima, la cual es de 25 profesionales por cada 10, 000 habitantes. Por su parte, otro grupo de países cuenta con una disponibilidad de personal cinco veces mayor a lo ideal. (112)

Los países de baja densidad de personal de salud deben formar, emplear y retener a 124,000 médicos y enfermeras más de los que tienen actualmente. A pesar de los importantes crecimientos en la dotación de personal (Bolivia aumentó su tasa de personal un 120%, Nicaragua, un 88%, Paraguay, un 44% Costa Rica, un 25 % y Colombia, un 24%), en 2015, algunos países no podrán contar con la tasa ideal de 25 por 10,000, ya que el ritmo actual de crecimiento (en algunos casos negativo) hace improbable que algunos países puedan alcanzar estos niveles mínimos en los próximos 10 años. Los países en los que las carencias de personal de salud son mayores tienen grandes dificultades, no sólo por lo que se refiere a formación sino también en cuanto a crear y financiar puestos de trabajo que consigan atraer y mantener a los profesionales en los lugares donde más necesarios son. (112)

Para situarnos más cerca de nuestra realidad, podemos decir que, uno de los principales problemas de salud pública que afecta a los países de Latinoamérica, en especial, a aquellos en vías de desarrollo, es la inequidad en el acceso a los servicios de salud, estando esto último

directamente relacionado con la problemática del recurso humano en salud, como veremos más adelante. (111)

Las diferentes fases de desarrollo entre distintas regiones dentro de un mismo país, juegan un rol determinante en esta inequidad. Sin embargo es una prioridad en salud pública, la promoción de la equidad y el acceso universal a la salud, según la OPS. (111)

En un estudio realizado en el año 2002, se llego a un consenso en cuanto a los principales problemas que enfrenta el desarrollo de los recursos humanos en salud en la región de las América. Estos son: (111)

1. No existe una priorización del tema de recursos humanos por parte de la autoridad sanitaria.
2. Existe falta de planificación de la formación de recursos humanos en salud, por parte de los sistemas educativos, así mismo hay una falta de coordinación de las instituciones formadoras con la autoridad sanitaria y poca adecuación de los recursos formados a las necesidades de los servicios.
3. Falta de supervisión del estado en la calidad de la formación del recurso humano en salud.

Llama la atención que la escasez de personal no fue identificada como un problema por parte de los expertos involucrados en este estudio. Se prevé que en un futuro los problemas en materia de Recursos Humanos en Salud serán:

1. La tendencia a mantener formas de trabajo flexibles y precarias.
2. Sobreoferta de algunos grupos de profesionales, mientras hay carencia de otros.

3.3.2.1.1 Desafíos y Consensos para la Acción

En octubre del año 2005 se lleva a cabo en Toronto Canadá, la séptima reunión regional de los observatorios de Recursos Humanos en Salud, promovida por la OPS/OMS. Dicha reunión se denominó "El llamado a la acción de Toronto para una década Recursos Humanos en Salud" (2006-2015). (19)

"El Llamado a la Acción" 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, que ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las prioridades nacionales de salud y al acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el 2015. (19)

Según esta conferencia, los esfuerzos en materia de recursos humanos en salud deben guiarse por los siguientes principios:

- Los recursos humanos son la base del sistema de salud.
- Trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social.
- Los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo. (19)

De lo anterior se extrae que el desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. Además, la contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la capacidad del sistema de salud para asegurar un acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población. Resalta también el hecho que el

desarrollo de los recursos humanos en salud es un proceso social, orientado a mejorar la situación de salud de la población y la equidad social, pero a través de una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada. (19)

Para lograr que los acuerdos alcanzados en la Reunión de los Observatorios de recursos Humanos se hagan realidad, es necesario que el Llamado a la Acción de Toronto tenga un impacto político y social resonante en los países. Estos planes y políticas deberán promover la equidad en salud y el acceso universal a la salud, apoyando el desarrollo integrado de sistemas de salud basados en la atención primaria y los equipos multidisciplinarios. Además de estas orientaciones estratégicas, las acciones de recursos humanos deberán promover entornos de trabajo saludables tanto para los pacientes como para los trabajadores. (19)

Así mismo se sugirieron líneas de acción tanto a nivel nacional como a nivel subregional y regional, entre las cuales podemos destacar a nivel nacional:

1. El fortalecimiento de la institucionalidad para el desarrollo de los recursos humanos en salud.
2. La defensa y promoción acerca de la importancia de los trabajadores en salud
3. El financiamiento para el desarrollo del personal en salud
4. La ampliación del espacio fiscal dedicado a servicios de salud
5. La coordinación de la cooperación internacional para incrementar el financiamiento en base a prioridades nacionales
6. El mejoramiento de la capacidad técnica para la gestión y formación de recursos humanos

7. La ampliación de la base de información y evidencias en recursos humanos. (19)

Siendo esta última la que con mayor claridad justifica la realización del presente trabajo de investigación. Todo lo anterior está dirigido a que los países logren para finales del año 2015, alcanzar avances significativos en sus objetivos de salud, a través del desarrollo de sus recursos humanos. (19)

3.3.2.1.2 Gestión de los Recursos Humanos en los servicios de Salud

En los países de la región existe una sobre posición de dos agendas en materia de gestión de los recursos humanos en salud. La primera, y más antigua, corresponde a un modelo de relaciones estables y definidas, centrado en la carrera de un puesto de duración definida. La segunda, y más moderna, corresponde a un modelo regulatorio del trabajo caracterizado por la flexibilidad laboral. (122)

Estos nuevos modelos de gestión, ponen énfasis en la evaluación del desempeño, la estimación local de las necesidades de personal, la definición de términos de referencia para contratos, la evaluación de programas, y la supervisión. Los desafíos de dichos modelos tienen que ver con el logro de la calidad en el desempeño, con una mayor productividad y motivación, con el compromiso institucional y con mayor participación en las decisiones que afectan el trabajo en los servicios. (123)

3.3.2.1.3 Problemas Identificados Antes de la Reforma en América Latina

- En América Latina cerca de nueve millones de personas trabajan en el área de salud. 70% del recurso del sector salud, se dedica al pago de

salarios de estas personas. Es imposible alcanzar los objetivos de la reforma antes mencionados, sin el apoyo y colaboración de los trabajadores. (111)

- Desproporción entre las diferentes categorías de profesionales y técnicos: No había suficientes técnicos para apoyar el trabajo de los profesionales, faltaban profesionales que no fuesen médicos y había un exceso de médicos especialistas. Esto último constituye un problema ya que el personal profesional tiene que dedicar su tiempo a llevar a cabo tareas que los técnicos pueden llevara a cabo mejor y a menor costo. Además el desequilibrio entre médicos especialistas y médicos generales conduce a prestaciones médicas más costosas y al uso innecesario de alta tecnología. Aunado a esto, si bien es cierto que los administradores, economistas, nutricionistas, y otros profesionales de la salud se incorporan paulatinamente a los equipos de salud, el proceso de toma de decisiones sigue bajo el control de los médicos, por lo que no ha habido cambios en el énfasis curativo de la actividad sanitaria, en detrimento de las acciones de salud pública. Según Bach , la carencia de personal en disciplinas tales como la atención primaria, la economía de la salud, la comunicación, la educación, la nutrición y la ingeniería sanitaria aún dificulta en gran medida que mejore la calidad y aumente la eficiencia en el sector de la salud. (111)
- Desproporción entre el número de profesionales de centros urbanos y rurales: Se observa una concentración de personal en hospitales y centros de salud urbanos. Esto produce inequidad ya que la mayoría de los pobres tiene un acceso muy limitado a esta clase de servicios. (111)

- El pluriempleo médico: Es una realidad conocida desde hace muchos años, y una de las causas del absentismo laboral en las instituciones públicas; y de la baja productividad de los médicos en ese sector. El pluriempleo provocado por la reforma ha aumentado el estrés y el descontento entre los médicos. (111)
- Falta de control gerencial de los recursos humanos: Elementos gerenciales básicos como definición de salario, promoción, despido, carga laboral, horarios de trabajo, ubicación y transferencia de personal quedan fuera del control de los administradores de salud. Hay mucha ingerencia en la toma de decisiones por parte de otros ministerios, sindicatos, etc. Por lo anterior se hace difícil emprender negociaciones políticas entre gobierno, sindicatos y asociaciones profesionales. (111)
- Débil regulación de la práctica profesional
- Poca capacidad gerencial
- Deficiente comunicación entre los proveedores de salud y los usuarios

Frente a estas necesidades ya reconocidas y las nuevas necesidades generadas por la reforma (descentralización, autonomía hospitalaria, privatización de servicios, etc.), surgen distintos programas para mejorar la gestión de los recursos humanos. Entre los que más destacan mencionamos:

1. Entrenamiento gerencial.
2. Adiestramiento en la preparación y administración de contratos, ya que las reformas requieren de una mano de obra flexible que permita despedir a un empleado cuando el empleador lo considere necesario, pero para evitar despidos arbitrarios se

requiere establecer contratos que especifiquen las razones justificadas de despido. (111)

3. Flexibilización de la mano de obra: El neoliberalismo ha promovido la flexibilización de la fuerza laboral a fin de reducir los costos e incrementar la eficiencia. Para conseguir el primer objetivo, es necesario limitar algunos derechos y beneficios conquistados por los trabajadores a lo largo de años de lucha laboral, como la seguridad en los trabajos, las jubilaciones y los salarios justos, ya que según la teoría neoliberal, el temor de los trabajadores a perder su empleo aumenta la productividad y mejora la calidad.

Lo anterior queda respaldado con el hecho de que en años recientes disminuyó el número de trabajadores en salud sindicalizados, y aumentó notablemente el número de trabajadores contratados temporalmente sin los beneficios laborales que ofrece la administración pública. Sin embargo, el énfasis exagerado en la compensación monetaria, como lo favorece la reforma neoliberal, puede desplazar otros valores que son fuente importante de motivación para mejorar la eficiencia y calidad, como el mismo placer de hacer las cosas bien o de ayudar al paciente. Incluso la lealtad a la institución puede desaparecer cuando la compensación económica es la única fuente de satisfacción. Un buen ejemplo de lo anterior se pude tomar de Brasil, donde el establecimiento de un sistema de compensación basado en la productividad logró incrementarla en un inicio, pero no logró mantenerla durante mucho tiempo y provocó competencia entre trabajadores que debían de colaborar entre sí. (111)

La crítica a la flexibilidad laboral no es un respaldo a la inflexibilidad de los sindicatos. Hay antecedentes de que los sindicatos se han opuesto a modificaciones necesarias de los horarios, a incrementos razonables de la carga laboral, a cambios en la organización del trabajo que respondan a las nuevas tecnologías o de que han exigido privilegios costosos que la gran mayoría de la población no disfruta. Algunos sindicatos han estado controlados por cúpulas corruptas que se perpetúan en el poder sin mostrar interés en facilitar cambios y reformas necesarios para mejorar la gerencia y la calidad de los servicios y aumentar la satisfacción de los usuarios. La solución de estos problemas debe ser política y no puede contradecir derechos fundamentales universalmente reconocidos, como el derecho de los trabajadores a organizarse. (111)

De todo lo anterior se extrae que los cambios hay que buscarlos en los principios y los valores que históricamente propulsaron la organización del sector salud en Latinoamérica, es decir, la solidaridad más que la competitividad, y la ayuda más que el beneficio. Los países tendrán que invertir tiempo y recursos en recuperar el compromiso de los profesionales con la población y con el sistema y deberán abandonar su orientación mercantilista. (111)

3.3.2.1.4 Situación Actual

Así, en la actualidad no existen datos sistemáticos sobre la cantidad de profesionales, técnicos y auxiliares de salud que laboran o que pudiesen laborar en Latinoamérica. No se dispone de información sobre las dotaciones que laboran en el sector privado, ni sobre su composición o características formativas o de ejercicio. Esta falta de

información obviamente dificulta las posibilidades de planificación de recursos humanos de salud, así como la capacidad que podrían tener los países para poder regular y más aún fiscalizar adecuadamente los distintos ámbitos u objetos de regulación de recursos humanos. (124)

Si bien estructurado, el sector salud puede minimizar desigualdades, establecer programas de bien estar social, promover la mejoría de las condiciones de vida de la mayoría no atendida y transformar los sistemas de atención básica con énfasis en la promoción de salud, prevención de riesgos y envolvimiento de la participación de los ciudadanos. (124)

Otro gran problema al que se ve sometido el sistema de salud de Latinoamérica es la distribución del personal medico en cada país ya que en la gran mayoría de países, el personal de salud se concentra en las grandes ciudades y los desequilibrios entre niveles de atención han persistido y han sido renuentes a políticas e intervenciones basadas en incentivos, si bien esporádicas y de dudosa efectividad. La descentralización de los sistemas de salud, impulsadas en casi todos los países replantea el escenario y las posibilidades para las intervenciones estratégicas. (125)

En los años noventa, se produjeron transformaciones profundas en los sistemas de salud de muchos países. Esas transformaciones, en general, se focalizaron en la estructura de los sistemas de servicios de salud, con énfasis en la descentralización, en la separación de funciones y la prestación de servicios. Mientras tanto, varios problemas persisten tales como la inequidad en el

acceso a los servicios, el descuido con los aspectos de salud colectiva, la dificultad de las autoridades sanitarias para conducir el sector. (122, 126)

Dentro del propio sector de la salud, algunos procesos incluidos en las reformas han contribuido a cambiar las condiciones y las relaciones laborales en los servicios de salud y pese a que actualmente se tiende a poner en tela de juicio las ideas fundamentales sobre el personal y a su trabajo, se tiende a mirar con ojos críticos los estilos de gestión del personal y educación vigentes, en muchos servicios sigue habiendo condiciones y prácticas obsoletas, rígidas y poco eficaces. Persiste la escasez de información oportuna y de calidad para la toma de decisiones en materia de personal, además de poco profesionalismo entre los responsables de la gestión de los recursos humanos, terreno restringido a las jefaturas de personal en vez de ser función de la dirección del servicio. (127)

Los cambios en los modelos de atención tampoco han encontrado una respuesta adecuada y oportuna en la formación de los recursos humanos. Las razones tienen que ver con las malas administraciones, pero también con las resistencias de las corporaciones profesionales a trabajos con el estado, la escasez de incentivos y en la debilidad o ausencia de políticas de salud que de manera clara y efectiva definan y desarrollen un determinado modelo de atención. Hay excepciones y tal vez la más reciente, amplia y notoria en América Latina sea la de Brasil y Cuba con su política de fortalecimiento del nivel básico de atención y la expansión de la estrategia del programa de salud de la familia. En estos casos el impacto sobre la formación de recursos humanos ha sido muy significativo. (127)

Es bien sabido que en la mayoría de países latinoamericanos se han concentrado en la transformación de las reformas del sistema (descentralización), del financiamiento, en la redefinición de las responsabilidades y funciones del Estado en Salud, la separación de funciones, la apertura de mercados en salud, cambios en los modelos de gestión y la privatización de servicios de salud. Los cambios del modelo de atención, la Salud Pública y el desarrollo de recursos humanos quedaron como asignaturas pendientes, excluidas de las agendas estratégicas de quienes tomaron las decisiones acerca de estos cambios, muchos de ellos ajenos a los valores y fines del sector de la salud; de esta manera se aprecia que los cambios mencionados desaparecieron o quedaron reducidas a una expresión técnica y de política simbólica. (128)

En cuanto el campo de los recursos humanos muchas veces ha quedado fragmentado en dos dimensiones: de un lado, la de los tradicionales agentes institucionales, y de otro, la de los proyectos de apoyo a las reformas, que no siempre coincidieron. Ello explica los frecuentes conflictos entre las corporaciones profesionales y los sindicatos sectoriales (en general excluidos de las decisiones sobre los proyectos) y las dirigencias sectoriales identificadas con las reformas. Este movimiento de reestructuración del poder al interior de ministerios y secretarias afectó significativamente su legitimidad y su capacidad de intervención efectiva (la Rectoría) en este campo sectorial. Razón por la cual las dependencias estatales no pudieron sufrir cambios de orden mercantil, competitivo, descentralizado, interrelacionado o regulado, y las posibilidades y capacidades de orientar el campo de recursos humanos, fueron muy débiles o inexistentes. Por

varios costosos años, el estado estuvo ausente de intervenir estratégicamente en el campo de recursos humanos, y en muchos países, aún sigue ausente. (128)

Se podría afirmar que en los últimos diez años muy pocos países de América Latina (tal vez ninguno) han emprendido un proceso organizado e institucionalizado de planificación de recursos humanos, a pesar de que los determinantes del campo de personal, generados en los procesos de reforma animaban o exigían un esfuerzo de este tipo. (128)

En el marco de la reforma del sector en Colombia se realizaron cuatro estudios de recursos humanos que pueden ser de enorme valor para generar un proceso consistente de planificación de recursos humanos. Como una paradoja, estos estudios se han realizado y han generado información de valor cuando en el Ministerio de Salud ha sido eliminada cualquier instancia que se refiera a los recursos humanos. Es muy llamativo que esto haya sucedido en el mismo lugar que albergó durante los años sesenta a ochenta una de las mejores unidades ministeriales de desarrollo de recursos humanos. (129)

En Bolivia en años recientes se desarrolló e implantó un sistema operativo destinado a generar criterios para asignar personal de salud de manera racional, según criterios de equidad y ajustada a la política de extensión de la cobertura y el desarrollo de servicios en las zonas rurales, utilizándose para ello fórmulas matemáticas de asignación. (130)

En Chile se ha utilizado recientemente por el Ministerio de Salud la metodología de cálculo de

necesidades de personal basada en el análisis de la carga de trabajo, con la finalidad de racionalizar con criterio técnico la asignación y distribución del personal. En este caso el uso de una metodología de cálculo de necesidades utilizada en planificación se usó más bien con finalidad de gestionar recursos humanos. (131)

En Perú, el Instituto Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos y la OPS promovieron hace unos meses un estudio de escenarios sanitarios y de desarrollo de recursos humanos, utilizando una metodología sofisticada probada en la construcción de escenarios sociales, económicos y políticos, junto a métodos similares a los usados en Colombia en la construcción del modelo de oferta y demanda. (116)

La experiencia reciente de Brasil en el marco del programa de Salud de la Familia se puede catalogar más bien como planificación estratégica en la medida que combinó la formulación de metas cuantitativas en un determinado período (20,000 equipos de salud de la familia a ser conformados en un lapso de 4 años) con la concertación de actores (municipalidades, estados, universidades) y la utilización amplia e inteligente de incentivos económicos para sumarlos a la iniciativa y comprometerlos en el logro de las metas y en acciones de mejoría del desempeño de los servicios de salud y del personal. (131)

En el año 2005 se promovió la realización de una encuesta a nivel regional en la cual participaron los siguientes países Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Panamá,

Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Trinidad & Tobago y Uruguay. (131)

Finalmente todos los países que participaron de este sondeo concluyeron que la fuerza de trabajo es fundamental para la plena ejecución de las políticas del sector salud, tanto en relación a las acciones de promoción como de servicios a las personas, pero también por su papel en la formación y en las políticas que incentivan la participación ciudadana para el alcance de los objetivos de salud de todos los países de la región de las Américas; que la adaptación de la fuerza de trabajo, para que esté de acuerdo con las necesidades de salud de la población, es una actividad compleja, porque debe considerar los cambios epidemiológicos y socio demográficos de los países, y exige inversiones permanentes, además de una planificación que prevea acciones de mediano y largo plazo; que la diversidad de los países de la Región exige la realización de acciones que consideren la especificidad de cada uno, pero que al mismo tiempo sean capaces de promover la integración y la cooperación técnica entre ellos. (126)

La visión es que, hasta 2015, cada país haya alcanzado un progreso significativo en el alcance de sus metas de salud, basado en el desarrollo de su fuerza de trabajo, que constituye el fundamento del sistema de salud. (128) Las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015 están organizadas según los cinco desafíos críticos mencionados en la Agenda de Salud para las Américas y el Llamado a la Acción de Toronto. (122)

Al favorecer y promover una efectiva interacción entre instituciones formadoras de Recursos Humanos y los propios servicios de salud, convergiendo la

enseñanza hacia la realidad del trabajo en salud, los actores involucrados ejercitan e incorporan los principios de equidad, de la universalidad del acceso y de integralidad de las acciones. (116)

3.3.2.2 Situación actual en Centroamérica

3.3.2.2.1 Medio Físico

América Central, región del hemisferio occidental, un istmo largo, forma un puente entre el norte y Suramérica e incluye los países de Guatemala, Belice, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, y Panamá. (132)

Centroamérica es mayoritariamente una región montañosa y escarpada que contiene varios niveles montañosos unidos a las estructuras de América del Norte y del Sur, y por estar dominado por dos sistemas geológicos, es uno de los grandes ejes volcánicos de la Tierra. Cuenta con unos 60 volcanes en el interior (la mayoría inactivos) y 31 sobre la costa del Pacífico (la mayoría activos); algunos se elevan a más de 4,000 m sobre el nivel del mar. Centroamérica es una región del continente americano cuya corteza terrestre es especialmente inestable, ya que se encuentra en el borde occidental de la placa tectónica del Caribe. (132)

América Central tiene una extensión de 524,182 km^2 desde el istmo de Tehuantepec (México) hasta el valle del río Atrato, línea fronteriza que divide Panamá y Colombia. Tiene una longitud de 2.830 km en la costa del pacífico, y aproximadamente 2.740 km en la costa del mar Caribe. Tiene una población total de 32, 849,257 y una densidad poblacional de 63 habitantes por km^2 en todo el Istmo, sin embargo el país con mayor densidad poblacional es el

Salvador con 321 hab/km^2 y Belice el de menor densidad con 11 hab/km^2. La tasa de natalidad mas elevada se da en Nicaragua con 36 x 1000 habitantes, y la mas baja se da en Costa Rica con 20.5 x 1000 habitantes. Costa Rica también es el país con mayor esperanza de vida (76 años). (132)

3.3.2.2.2 Hidrografía

Los ríos más largos desembocan en el Caribe, en tanto que los más numerosos, pequeños y caudalosos desaguan en el Pacífico. Entre los ríos mas largos del Istmo podemos mencionar en orden de longitud al río Usumacinta, situado entre Guatemala y México con una extensión de 1,100 km, a continuación le sigue el río Coco o Segovia, situado entre Honduras y Nicaragua que mide 680 km, y en tercer lugar esta el río Motagua también en Guatemala con una extensión de 486 km.

Los Lagos mas extensos de Centroamérica están situados dos en Nicaragua; el Lago Nicaragua y el Lago Managua con una extensión de 8,157 km^2 y 1,052 km^2 respectivamente, y el tercero situado en Guatemala el Lago de Izabal con una extensión de 389 km^2. (132)

3.3.2.2.3 Clima

En Centroamérica y las Antillas predomina un clima tropical, siendo más lluviosas las regiones del oriente en zonas de más altitud como el centro de Guatemala que es templado con lluvias en verano. El atlántico es por lo regular más lluvioso, tiene una cobertura nubosa mayor que el pacífico que tiene una estación seca y bien definida y con menos cobertura nubosa. El régimen de precipitaciones de Centroamérica es cambiante, depende de la dirección de los vientos y de la posición de las zonas de convergencia tropical e intertropical. La temperatura se caracteriza por tener variaciones bastante

marcadas entre el día y la noche, la temperatura en la región se encuentra muy modulada por los índices de nubosidad, la vertiente pacífica suele ser más caliente por tener más horas de sol. Todo esto provoca los efectos del calentamiento del planeta. (133)

3.3.2.2.4 Población

La composición étnica en Centroamérica es heterogénea. En Guatemala predomina la población indígena de origen maya; en cambio en Costa Rica el porcentaje más alto de su población está constituido por blancos. En general los habitantes de América Central viven en áreas urbanas en la cara pacífica del istmo, Conformada en su mayoría por nativos-americanos o mestizos. A lo largo de la costa caribeña estrecha, se encuentran grupos de gente de raza negra y de raza blanca mezclada. (133)

3.3.2.2.5 Modelos de Desarrollo Económico

La actividad agropecuaria en Centroamérica es la fuente de riqueza más importante desde tiempos antiguos. Cuenta con magníficos suelos y climas favorables para cultivo de productos tropicales. Los principales cultivos de la zona son: café, cacao, plátano, algodón y caña de azúcar. (132)

La ganadería se practica aunque no se ha logrado desarrollar óptimamente en la región pues no se cuenta con una infraestructura para un desarrollo agroindustrial a gran escala. La pesca no tiene importancia comercial en Centroamérica, pues es más bien de manutención o deportiva con excepción de Panamá; ello se debe a la relativa pobreza de las especies en las aguas tropicales como consecuencia de la escasez de plancton, alimento principal de los peces. (133)

En cuanto a la industria, las principales son de transformación de productos agrícolas; de especial importancia son los ingenios azucareros y las industrias derivadas por ser la caña de azúcar el cultivo más generalizado en esta zona; prueba de ello es que la zona del Caribe y Centroamérica ocupa un lugar destacado en la producción mundial (34%). La industria pesada esta representada en Nicaragua por las refinerías de petróleo. (132)

Alrededor la mitad del comercio exterior de América central está con los Estados Unidos Canadá; casi todo el resto está con Europa occidental, México, y los países de Suramérica. Las importaciones principales son productos manufacturados tales como vehículos de motor, materiales agrícolas, textiles, y alimento procesado. Las exportaciones principales incluyen plátanos, el café, el cacao, y la carne. (133)

3.3.2.2.6 Vías de Comunicación

El único transporte superficial que conecta todos los países de la región es una sección de la carretera Panamericana, sin embargo la mayoría de los países aprovecha las salidas que tiene al mar para enviar sus productos a sus destinos de exportación, principalmente Estados Unidos y Europa. Una importante vía de comunicación es el canal de Panamá ya que permite el paso entre ambos océanos con ahorro de tiempo y costos. También cuentan con navegación aérea de líneas nacionales y extranjeras. (133)

3.3.2.2.7 Situación Sociocultural y Política de Centroamérica

Se cree que los primeros habitantes llegaron a Centroamérica luego de la llegada del los seres

humanos a América, posiblemente provenientes de Asia por el estrecho de Bering o de las islas polinesias. A la llegada de los europeos, Centroamérica ya se encontraba poblada, pues muchas culturas se asentaron en Centroamérica, aunque las más desarrolladas siempre estuvieron en Mesoamérica. Muchos pueblos como los lencas, pipiles, kunos, Chortís, Jicaques, Payas, Chorotegas, Nasos y Bri Bris han habitado el subcontinente durante milenios. (134)

Los mayas son los pueblos habitantes y mayormente influyentes en los actuales territorios de Guatemala, Honduras, El Salvador, Yucatán y Chiapas, con una rica historia de unos 3.000 años. (134)

La lengua oficial y la mayoritaria en los Estados centroamericanos es el español, exceptuando Belice y algunas islas del Mar Caribe que tienen por lengua oficial el inglés u otras lenguas europeas. Aún sobreviven muchas familias de lenguas prehispánicas, y probablemente la más fuerte sea la mayenses, formadas por unas 26 lenguas emparentadas, de las cuales 21 le pertenecen a Guatemala. (134)

El promedio de pobreza en Centroamérica a nivel global es de 50.8% del total de sus habitantes. Es decir, de cada 2 centroamericanos, uno es pobre. En ese sentido, si en el 2001, la población en el Istmo era de 37 millones, entonces18.8 millones de personas se encontraban en situación de pobreza. Mientras que la pobreza extrema afectaba al 23% de los centroamericanos, equivalente a 8.5 millones.

En términos de concentración de pobres a nivel regional, Guatemala tiene (35%); Honduras

(25.4%); El Salvador (15.5%); y le sigue Nicaragua (12.9%). Y más atrás, se ubican Panamá (6.3%) y Costa Rica (5.0%). (135)

En la región centroamericana, el índice de analfabetismo de la población de 15 a 64 años de edad, señala que uno de cada cinco centroamericanos con esa edad (79.5%), tiene como máximo, educación básica completa. Asimismo, el 21.7% de la población de 15 a 64 años, no tiene ninguna educación, y el número de mujeres en ésta situación (2.5 millones) supera ampliamente a la de los hombres (1.9 millones). Igualmente, de la población de 15 a 64 años de edad, el promedio de años de estudio para las mujeres centroamericanas (52.6% de la población total), es de 5.5 años, mientras que el de los hombres es de 5.8 años. (135)

La PEA a nivel centroamericano representa el 37.9%, ocupando este porcentaje 13.7 millones de personas, a nivel regional. Respecto a la tasa por país, observamos la importancia que tiene para Costa Rica y Panamá el sector informal, al ocupar casi el 50% de la Población Económicamente Activa (PEA). Mientras que Guatemala es a la inversa, donde el sector informal se lleva la mayor parte de la población ocupada. Igual situación se repite, aunque en menor grado en Honduras y Nicaragua. En tanto que El Salvador va empujando su PEA hacia el sector formal, siendo muy significativo el 43%. (135)

En el ámbito de la política de recursos humanos pocos países han logrado plantear e implementar políticas definidas que permitan contar con un sistema integral de desarrollo de recursos humanos que sustente los cambios en los servicios orientados por Atención primaria de Salud. (136, 137)

La experiencia obtenida por el Observatorio de Recursos Humanos de Salud en la Región de Centroamérica ha resultado ser una muestra eficaz de preconizar la importancia de los asuntos de recursos humanos. Se han hecho contribuciones importantes para defender la pertinencia de los recursos humanos en el temario político amplio y está en una buena posición que le permite aprovechar la cooperación intersectorial para el logro de una fuerza laboral bien capacitada y motivada, así como saludable y sostenible-equilibrada en la composición de profesionales de salud, distribuida equitativamente y dotada para responder a las necesidades de salud de la población y a los retos del sistema sanitario.(138, 139)

Usualmente existen diferencias en la calidad de la atención de la salud entre los diversos grupos: los hospitales y servicios médicos de las fuerzas armadas eran con frecuencia los mejores, seguidos por los del seguro social y, por último, los del ministerio de salud que atiende a la población no asegurada. Además frecuentemente los servicios y el personal mucho mejores en la capital donde se encuentran concentrados, así como las zonas urbanas y las regiones más desarrolladas, mientras que las zonas rurales y las regiones menos desarrolladas cuentan con servicios de menor calidad y personal más escaso, si es que cuentan con personal. La región centroamericana logró avances importantes en la salud, sin embargo no son iguales en todos los países, ni para todos los grupos y zonas dentro del mismo país. (138)

Las condiciones de acceso a las prestaciones de enfermedad-maternidad en la región son

relativamente generosas, por ejemplo, en casi todos los países se otorga cobertura al asegurado, su cónyuge e hijos dependientes aunque con algunas excepciones y limitaciones. Los costos de este programa aumentaron debido a la liberalidad de las condiciones de acceso, la inflación, la transición epidemiológica, el aumento de la esperanza de vida, la ineficiencia administrativa, y el predominio excesivo de la costosa medicina curativa sobre la preventiva, todo lo cual tuvo un efecto adverso en la oferta y calidad de los servicios sanitarios. (140)

Costa Rica, Nicaragua y Honduras hacen frente a situaciones radicalmente diferentes, tanto desde el punto de vista de su situación económica y de los recursos que destinan a la atención de la salud, como desde el punto de vista de su morbilidad y sus indicadores demográficos. Costa Rica es el país más próspero, con un ingreso per cápita que representa casi cinco veces el de los otros dos; el ingreso per cápita de Nicaragua ha venido aumentando en el último decenio, aunque a partir de un nivel extraordinariamente bajo, producto de la guerra. Al mayor ingreso per cápita en Costa Rica corresponde una proporción mucho más baja de la población en situación de pobreza. (140)

Es importante destacar que en la mayoría de los países no existe una política de recursos humanos diseñada como tal. Si se quiere analizar la orientación de las acciones en este campo se tiene que indagar, en algunos de los países, en los ministerios de salud, donde existe una responsabilidad a nivel sectorial. En los otros países, donde no existe ese nivel de responsabilidad de los ministerios de salud, no está claro dónde se puede obtener información de esta naturaleza. (141)

3.3.2.2.8 Organización del Sector Salud

3.3.2.2.8.1 Organización del Sector Salud en Centroamérica

En los países de Centroamérica, el sector de la salud es representada por una variada gama de instituciones y mecanismos necesarios que provean el financiamiento, el aseguramiento, la regulación y la prestación de servicios. (Ver Anexo 7)

Estas funciones son realizadas a través de un sistema público de salud, un sistema de seguridad social y el sector privado. La forma en que se coordinan y articulan cada uno de estos tres subsectores da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector de la salud en los diferentes países.

El Sistema de salud se encuentra conformado por 3 subsectores:

1. Privado lucrativo
    - Compañías de seguros
    - Servicios médicos prepagados
    - Centros médicos u hospitales
    - Laboratorios y farmacias
2. Privado no lucrativo: Organizaciones no gubernamentales (ONG)
3. Público: Ministerio de Salud Pública, Instituto de Seguridad Social y Sanidad militar.

Estos sectores mencionados están presentes en su mayoría en los países de istmo centroamericano, sin embargo varios de ellos han concluido que la forma más efectiva de extender la cobertura de servicios es por la

vía de contratación de terceros, nos referimos al sector privado no lucrativo, a quien pertenecen las ONG.

3.3.2.2.8.1.1 Organización del Sector Salud en Costa Rica

El sector de la salud en Costa Rica se encuentra formado por: El Ministerio de Salud , la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Nacional de Seguros, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, La Universidad de Costa Rica y los municipios. Por su parte, la CCSS es el único organismo público que cubre el seguro de enfermedad y maternidad de toda la población del país, y para ello cuenta con una red de servicios de primero, segundo y tercer nivel de atención. (142)

3.3.2.2.8.1.2 Organización del Sector Salud en Honduras

El sector de la salud está formado por un subsector público y otro privado: El público está compuesto por la Secretaría de Salud, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA), el Instituto Hondureño de Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHDAFA), y el Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS).

Por otro parte el subsector privado está constituido por 292 clínicas y 31 Hospitales, 41 de ellas sin fines de lucro. Además, 10 aseguradoras privadas, existen instituciones prestadoras sin fines de lucro, entre las que se encuentran la Cruz Roja, Iglesias de distintos credos y ONG. (143)

3.3.2.2.8.1.3 Organización del Sector Salud en El Salvador

El sector de la salud está constituido por dos subsectores: El publico integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), el Bienestar Magisterial, la Sanidad Militar y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS); y el privado que incluye entidades lucrativas y no lucrativas. (144)

3.3.2.2.8.1.4 Organización del Sector Salud en Nicaragua

El sector de la salud está conformado por dos subsectores: El público, integrado por el Ministerio de Salud (MINSA), Ministerio de Gobernación, Ministerio de Defensa, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) y otras instituciones del Estado; y el sub sector privado. (145)

3.3.2.2.8.1.5 Organización del Sector Salud en Panamá

El subsector público de salud está integrado por el Ministerio de Salud (MS), la Caja de Seguro Social (CSS), el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN). Las estimaciones de cobertura asignan el 60% de la población a la CSS y el 40% al MS. El MS es el ente rector del Sistema Nacional de Salud y, como tal, formula las políticas, regula la actividad y ejerce la función de autoridad sanitaria. Las dos entidades financiadoras de los servicios públicos de salud pública y atención médica en el país son el MS y la CSS, quienes ejecutan programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación a través de sus tres niveles de atención. (145)

3.3.2.2.8.1.6 Organización del Sector Salud en Guatemala: Ver inciso 2.3.3

3.3.2.2.8.2 Cobertura de los Recursos Humanos en Salud en Centroamérica

Alrededor de un tercio de la población centroamericana, aproximadamente 12 millones de habitantes, no tenía acceso permanente a los servicios de salud en 1990, se calcula que para el año 200 otros 10 millones de habitantes se incorporaron como demandantes de servicios básicos de salud. Esta situación impuso el inmenso reto de

extender la cobertura a más de 22 millones de personas en el año 2000, lo que significaba duplicar en 10 años la cobertura de atención en salud de 1990. (146).

Correlativamente a su grado de desarrollo socioeconómico y a la estrechez de sus finanzas públicas, los sistemas de salud de los países del Istmo Centroamericano presentan una alta heterogeneidad. Costa Rica, con indicadores de salud sumamente avanzados, un sistema de salud más sofisticado y una amplia cobertura de su seguridad social, se encuentra a la cabeza; Panamá, en una posición intermedia, y los cinco países restantes, en su mayoría víctimas de prolongados conflictos armados, comparten grandes carencias, pese a los importantes avances obtenidos por todos ellos en el campo de la salud desde los años cincuenta. (146).

Los sistemas sanitarios de Costa Rica y Panamá, en especial Costa Rica, destacan de los demás sistemas sanitarios por el nivel de cobertura y de calidad de los servicios. Por el contrario las autoridades guatemaltecas reconocen que 4 millones de sus habitantes (aproximadamente 1/3 de la población) no tienen acceso a ningún tipo de servicio de salud, y es probable que otro porcentaje similar tenga difícil acceso o el servicio al que tienen acceso sea de poca calidad y poco efectivo. (147).

En la mayoría de los países centroamericanos predomina el esquema de

los cuatro principales proveedores de servicios de salud:

1. Los servicios del ministerio de salud.
2. Los servicios del Seguro Social.
3. El sector privado con fines lucrativos.
4. La medicina tradicional.

En algunos países unos servicios tienen mayor peso que otros, pero en todos se aprecia un crecimiento sustancial del sector privado. (147, 148)

Existen además otras redes de proveedores de servicios de salud, pero casi siempre de titularidad pública (fuerzas armadas y otros gremios del sector público) o de financiación igualmente pública, como programas sociales de las Presidencias de las Repúblicas o de los programas de extensión de cobertura de servicios a través de la contratación con Organismos no gubernamentales (ONG), financiadas con préstamos del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (147). Actualmente se encuentra activas 288 ONG en Guatemala, 243 en Honduras, 160 en El Salvador, 135 en Nicaragua, 344 en Costa Rica y 16 en Belice. (149).

En Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua se puede observar un patrón similar de distribución de recursos humanos, se puede observar que en las regiones más importantes del país, las regiones urbanas, la disponibilidad de médicos es muy alta, mientras que en las áreas alejadas, con alta proporción de población rural e indígena, la

disponibilidad y la cobertura de los servicios médicos es muy baja. (150)

El Salvador cuenta con 1,188 habitantes por médico, Guatemala cuenta con 1,282, Honduras cuenta con 1,424 y Nicaragua cuenta con 2,249, por el contrario países como Costa Rica y Panamá cuentan con 793 y 609 habitantes por médicos, lo que traduce en una alta disponibilidad y mayor cobertura de los servicios médicos. (148)

En Panamá se estima que el 60% de la población es cubierto por el Caja de Seguridad Social y el 40% por el Ministerio de Salud. En Costa Rica la cobertura de la Caja Costarricense de Seguridad Social actualmente es entre 84% y 85% de la población a sueldo completo y más del 90% de la población total del país (beneficiarios directos y su familia). Se garantiza la atención del 100% de las personas de tercera edad e indigentes. Y la tasa de médicos por cada 10,000 habitantes ha aumentado en un índice anual de aproximadamente 2,47% en los últimos 5 años, mientras que el índice anual del aumento de la población ha sido 2,5%. (151).

3.3.2.2.8.3 Gasto y Financiamiento

El estudio de la estructura del gasto en salud facilita la comprensión del sector y a la vez refleja la variedad en los sistemas nacionales de salud de la región: en promedio, para Centroamérica, el financiamiento del gasto total de salud se concentra en el sector

privado (50% del gasto, del consumidor), seguido de los sistemas públicos de seguros en salud (30%) y del gasto de los gobiernos (20%). El gasto total en salud en promedio en toda la región es de 7.5% del PIB (4% publico y 3.5 % privado). (152)

Las variaciones interregionales corresponden por un lado, como es habitual, a Panamá y Costa Rica, donde predomina el gasto publico sobre el privado y por otro lado están Guatemala, Nicaragua, El salvador y Honduras, donde el Gasto privado es mayor que el publico, a pesar, paradójicamente o quizás causa de ello, son los países mas pobres de la región. Esto hace que la inversión que se da por parte de los gobiernos se precaria hacia la población, y sea reflejada en índices de morbimortalidad que no permitan a estos países salir del subdesarrollo en el que se encuentran sumergidos, ya que comparado con países desarrollados la inversión es salud es totalmente diferente. (152) (Ver anexo 8)

Otra de las situación relaciona las variables de la esperanza de vida en relación a la inversión de cada país en salud en donde los datos demuestran que países como Costa Rica y Panamá que son los países que mayor porcentaje invierten en salud de todo el área, ofreciendo a su población una mayor esperanza de vida, siendo éstos los únicos países que invierten por arriba del 4.5 % del PIB exclusivamente para salud. Por otra parte Guatemala es el único país de la región que en las últimas dos décadas no ha

aumentado su inversión en salud pero si ofrece una mayor esperanza de vida hacia su población. (153) (ver anexo 9)

Es alarmante observar la baja inversión que se tiene por cada habitante de la región en lo que a salud se refiere, ya que esta baja inversión hace que en grupos de población en riesgo como los son los pacientes pediátricos y las mujeres embarazadas los índices de mortalidad sean tan altos, ya que el los países en donde el gobierno invierte menor cantidad de dinero por persona, los índices de mortalidad de estos grupos aumenta. La excepción de esto se da de nuevo en los países de Costa Rica y Panamá, observándose la menor tasa de mortalidad de la región centroamericana para los grupos de riesgo antes mencionados. (153) (Ver anexo 10)

Es interesante destacar de que El Salvador tiene la más alta tasa de mortalidad materna y la segunda tasa más alta de mortalidad infantil a pesar de ser un país que invierte en la salud de cada habitante más que Guatemala y Nicaragua. Costa rica es el país que tiene estos indicados en porcentajes más bajos y Panamá es el país de la región que más invierte en este sentido. (153)

A pesar de que los países de la región centroamericana invierten muy poco de su PIB en salud, de la década anterior para esta, han tenido ligeros aumentos de inversión, esto se observa de manera mas acentuada en Honduras y Nicaragua,

mientras que en El Salvador y Guatemala la inversión se a mantenido sin ningún movimiento en la ultima década. Panamá y Costa Rica se han mantenido regulares en su inversión en salud. (153)

3.3.2.2.8.4 Capacitación y Formación de Recurso Humano en Salud en Centroamérica

A principios de la década de los noventa, casi todos los países de América Latina y el Caribe habían iniciado, o consideraban iniciar, reformas del sector de la salud. Qué se entiende por dichas reformas sigue siendo objeto de debate. En las Américas, una reunión internacional convocada al efecto en 1995 produjo los "Lineamientos metodológicos para la preparación de los perfiles de los sistemas de servicios de salud" que se han venido usando ampliamente desde entonces en la región centroamericana. El seguimiento de los procesos y la evaluación de los resultados de las reformas del sector de la salud plantean problemas conceptuales y metodológicos que distan de estar resueltos. (154)

Los proyectos de reformas de los países de la región pusieron de relieve la necesidad de contar con personal idóneo para implementarlos. La demanda de nuevas competencias y la modificación de los perfiles educacionales de grandes grupos de trabajadores sanitarios dieron lugar a programas masivos de capacitación y a la adopción de nuevos estilos de gestión de programas y proyectos educativos. Se

generó así un activo mercado de capacitación. (155)

Los proyectos no mejoraron la capacidad institucional para la gestión del desarrollo de los recursos humanos, tampoco permitieron paliar los fenómenos de precarización, o la alta movilidad de los trabajadores del sector. Cabe señalar que la inversión en capacitación del personal de salud, que en la década anterior fue significativa en casi todos los países de la región, se ha visto reducida en el último periodo. (155)
La cantidad de escuelas de medicina y escuelas de enfermería a nivel público no han tenido una expansión significativa, contrario a esto en el sector privado es donde ha predominado la expansión, haciendo que las poblaciones centroamericanas tengan una amplia gama de elección para formación profesional en salud en diferentes directrices que ofrecen las diferentes escuelas. En el ámbito centroamericano, las profesiones para las que existen más programas de formación profesional son medicina y enfermería, tanto en el sector público como en el privado. (Ver anexo 11) (156)

Se observa también una clara tendencia a la privatización de la formación, ya que en total, para los países en que fue posible obtener el dato, en centros privados se ofrece mayor cantidad de carreras que en los públicos. Esto es particularmente acentuado en Costa Rica, ya que el número de programas privados más que triplica el de

los públicos, tendencia que se continúa en países de centro América en una proporción más reducida. A pesar de la gran y variada oferta de carreras disponibles en los centros privados, es en los centros públicos en donde se concentra la mayor cantidad de estudiantes. (138)

Guatemala figura entre los países centroamericanos como el segundo país, donde hay más escuelas privadas que públicas, aunque las primeras sólo son un 50% más que las segundas. (157)

3.3.3 Situación Actual Local

3.3.3.1 Demografía

La República de Guatemala se encuentra ubicada en el extremo superior del istmo centroamericano, cuenta con una extensión territorial de 108.889 kilómetros cuadrados; limita al norte y noroeste con la República de México, al este con Honduras, El Salvador y Belice y, al sur y oeste con el Océano Pacífico. De acuerdo al censo nacional de población de 1994, en el año 2005 el país contaba con 12.700.611 habitantes, distribuidos en 22 departamentos y en 332 municipios, que a su vez se subdividen en aldeas, caseríos, parajes y fincas. El 65% de la población viven en el área rural, mientras que el resto se encuentran ubicadas en el área urbana. (157)

3.3.3.2 Situación Sociocultural y Política

Guatemala cuenta con cuatro grupos culturales principales: los de origen maya, los garífunas, los xincas y los mestizos., el idioma oficial es el español y cuenta con 21 lenguas mayas; contando con un 47% de analfabetismo, el 79.9% de la población se mantiene bajo la línea de pobreza y el 59.3% en situación de pobreza Extrema (SEGEPLAN 1996:9). Cuenta con un índice de desarrollo humano de 0.634. La PEA es de

4.189%; de la cual los empleados públicos representan el 6.4% correspondiente al sector publico de salud; el 0.9%, que se reduce al 0.4% al considerar únicamente al personal con alguna formación en salud, el resto se dedica a actividades administrativas, técnicas y de mantenimiento. (137, 158,159)

En Guatemala la Autoridad Sanitaria se encuentra concentrada en el Ministerio de Salud Pública (MSPAS). La Constitución Política de la República reconoce que el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna y obliga al Estado a velar por la misma desarrollando a través de sus instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación. En el artículo 4 del Código de Salud (Decreto Legislativo 90-97) el Estado en cumplimiento de velar por la salud de los habitantes manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiariedad define al Ministerio de Salud Pública como el ente rector de la salud en el país, coordinando con los diferentes actores gubernamentales y no gubernamentales relacionados con la salud de la población. (88)

Entre los organismos gubernamentales estrechamente relacionados con las funciones de conducción y las regulaciones específicas en aspectos relacionados con salud se encuentran: Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación: Seguridad Alimentaria y Nutricional, Ley de Sistemas Nacionales de Seguridad Alimentaría y Nutricional (Decreto32-2005) y Política Agropecuaria y Sectorial. Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales. (88)

3.3.3.3 Organización del Sector Salud

El sector salud en Guatemala se encuentra conformado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el Sector Privado, la Sanidad Militar y un significativo sector de

medicina comunitaria tradicional, sobreviviente de la cultura Maya.(79, 158)

Las Políticas Nacionales de Salud son definidas cada cuatrienio por el gobierno democráticamente electo, tomando en cuenta los procesos de desarrollo ya establecidos y la definición de programas prioritarios. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el Rector del Sector Salud, quien tiene dentro de sus funciones, la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional; este opera por medio de sus dependencias públicas: hospitales, centros de salud y puestos de salud. Cuenta con 1,304 establecimientos fijos de atención; estos divididos en Centros de Atención Primaria, lo cuales se distribuyen en 1,244 Centros de convergencia, 926 puestos de salud, 300 unidades mínimas ubicadas en áreas rurales. En el Segundo Nivel de Atención, existen 3 centros de atención integral materno infantil (CAIMI), 32 centros de salud tipo A, 249 tipo B, 16 maternidades cantonales, 3 clínicas periféricas y 32 centros integrados. El tercer nivel lo constituyen 43 hospitales, de los cuales 2 son de referencia nacional, 7 considerados especializados, 8 hospitales regionales, 16 departamentales, 5 distritales y 5 de contingencia. (88)

El IGSS es una entidad descentralizada del Estado, su fin primordial es la seguridad social de país, su función es la atención médica destinada a los trabajadores asalariados afiliados y sus dependientes con dos programas que son el de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia y el de Accidentes, Enfermedad Común y Maternidad. Cuenta con 139 unidades medicas, 50% de estas unidades se encuentran en 6 departamentos; distribuidos en 23 hospitales, 2 centros especializados, 3 clínicas con atención de especialidades, 33 consultorios, 15 puestos de salud y 63 de atención integral. (88,158)

El Sector Privado que se puede subdividir en Sector Privado Lucrativo y Sector Privado no Lucrativo. Encontrándose dentro de este ultimo, el sector llamado de ONG de las cuales el 55% se encuentran en el área rural del país y se caracterizan por dar respuestas a problemas inmediatos y de largo plazo, bajo una óptica de participación comunitaria. (158)

3.3.3.4 Cobertura en Salud

Guatemala, al igual que muchos países de la Región de las Américas, tiene deficiencias en el número de recursos humanos. Existen 9.3 médicos por cada 10,000 habitantes, 6.3 enfermeras por 10,000 habitantes, 1.6 odontólogos por cada 10,000 habitantes. La relación de auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales es de 6 a 1 aproximadamente. (39)

Pero el problema no es sólo de números, es también de distribución del personal. En la ciudad capital se encuentra localizado el 80% de los médicos, lo cual muestra una razón de 30 médicos por 10,000 habitantes, 56% de los profesionales de enfermería y 50% de los auxiliares de enfermería; mientras que en el interior del país la cifra es mucho menor, especialmente en el altiplano donde existen departamentos con menos de 2 médicos por 10,000 habitantes. (39, 139)

La cobertura poblacional que brindan las instituciones a nivel nacional es la siguiente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 25%; IGSS, 17%; Sanidad Militar, 2,5%; organizaciones no gubernamentales, 4% y sector privado, 10%. Menos de 60% de la población tiene algún tipo de cobertura de servicios de salud. Esta cobertura no ha mostrado aumentos sustanciales desde 1990, cuando era de 54%. Esta fue una de las razones que impulsaron a crear el Sistema Integral de Atención de Salud (SIAS) que pretende

brindar atención básica a la totalidad de la población que actualmente no tiene acceso a los servicios de salud. (139)

El MSPAS cuenta con 1,147 servicios, estos están distribuidos de la siguiente forma: 300 en sur occidente para 2, 136,753 habitantes; 171 en noroccidente para 1, 069,901; 154 en suroriente para 750,554 habitantes; 139 en la región central para 880,783; 138 en nororiente para 748,699; 111 en la región Metropolitana para 1,812411 habitantes; 90 en el norte para 698,180 y 44 en el Petén para 224,770 habitantes. Estos se encuentran divididos en Niveles de Atención.

3.3.3.5 Gasto y Financiamiento en Salud

El MSPAS funciona con un presupuesto que en su totalidad aparece asignado en el presupuesto general de la Nación y que resulta de los ingresos que obtiene el Estado por el pago de los impuestos directos e indirectos y las contribuciones que establece la ley como respaldo financiero del gobierno. Este financiamiento está condicionado por la política de recaudación de impuestos y de las demás contribuciones que deben pagar los ciudadanos y las empresas al gobierno. (158)

De acuerdo con el informe del MSPAS del 2005 sobre la situación de salud y su financiamiento, el gasto en salud ascendió a 10,6 millardos de quetzales de ese año, de los cuales un 38.2% fue canalizado por agentes financieros del sector público (18% gobierno central y 20% IGSS), 5% por agentes privados, 55% por gastos directos de los hogares y 1.5% provino de fuentes externas. (160)

La quinta parte del financiamiento se obtiene por medio de impuestos. Del total del financiamiento, el 50 % es destinado al tercer nivel de atención, distribuyendo el resto en los demás niveles. El IGSS, cubre aproximadamente un 11% de

la población, gasta un 20% del total, beneficiando mayormente a los estratos medios y altos del país. (160)

Las ONG designan un recurso de $5.33/habitante/año para poblaciones asignadas de 10,000 habitantes. (88)

3.3.3.6 Formación y Capacitación de Recursos Humanos en Salud

La formación de personal profesional de salud esta a cargo de la Universidad de San Carlos de Guatemala, La Universidad Francisco Marroquín, La Universidad Mariano Gálvez, La Universidad Rafael Landívar, La Universidad Del Valle, estas últimas privadas. (160)

El personal de enfermería egresa en tres niveles académicos: licenciatura, técnicos universitarios o enfermeras(os) profesionales y auxiliares de enfermería. La formación a nivel de licenciatura es relativamente reciente (2002). Los técnicos universitarios en enfermería se forman en tres escuelas estatales ubicadas en la Ciudad Capital, en el norte y en el occidente del país, y una universidad privada en tres sedes departamentales. La formación de técnicos en diversas áreas lo efectúan escuelas del Ministerio de Salud e instituciones privadas. La formación de nutricionistas está a cargo de 4 universidades. (Ver anexo 11) (88)

Las residencias se desarrollan en la ciudad capital, en los hospitales Roosevelt, San Juan de Dios, Hospital Esperanza, Hospital Militar y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Todas estas instituciones regidas por el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. (88, 158)

3.3.3.7 Recursos Humanos en Salud en Guatemala

En la actualidad, Guatemala cuenta con un recurso humano en salud de 25,807 trabajadores, distribuidos en las siguientes categorías: 1,916 trabajadores a nivel

central y otras dependencias, 1,898 en Hospitales Especializados, 14,009 en Hospitales Generales y 7,894 en áreas de salud. (161)

Del total del personal de trabajadores a nivel central y otras dependencias, el 3. 8% corresponden a médicos, 0.67% enfermeras graduadas, 0.1% enfermeros auxiliares, 67.59% técnico administrativo, 3.44% especializada y 24.37% a operativos. (161)

En los Hospitales Especializados, el 9% corresponden a médicos, 4.79% enfermeras graduadas, 23.7% enfermeros auxiliares, 19.6% técnico administrativo, 9.8% especializada y 33.08% a operativos. (161)
En los Hospitales Generales, el 14.52% corresponden a médicos, 6.39% enfermeras graduadas, 30.24% enfermeros auxiliares, 19.62% técnico administrativo, 4.76% especializada y 24.44% a operativos. (161)

En las Áreas de Salud, el 7.5% corresponden a médicos, 4.6% enfermeras graduadas, 31% enfermeros auxiliares, 29.2% técnico administrativo, 6% especializada y 21.4% a operativos. (161)

En general a nivel nacional, el 11.17% corresponden a médicos, 5.34% enfermeras graduadas, 27.76% enfermeros auxiliares, 26.16% técnico administrativo, 5.42% especializada y 24.14% a operativos, según los datos obtenidos por El MSPAS en la memoria de labores de noviembre de 2006. (161)

3.4 Problemas que enfrentan los Recursos Humanos en Salud

3.4.1 Clasificación de los problemas

1. Sociocultural
   - Diferencias Étnicas
   - Barrera Idiomática

- Diferencias sociales
- Diferencias culturales
    - Medicina Tradicional vs. farmacoterapia
    - Mal adiestramiento de colaboradores en salud
        - comadronas
        - vigilantes de salud

2. Administrativo
    - Déficit de insumos y medicamentos
    - Déficit de personal
    - Débil apoyo a la descentralización
    - Infraestructura en mal estado
3. Accesibilidad
    - Lejanía con lugar de residencia
    - Caminos
    - Transporte
4. Laboral
    - Centralización del recurso humano en las urbes
    - Carencia de especialistas en áreas departamentales
5. Competitividad
    - Ausencia de Sistema Vigente para Actualización Curricular en Pre y Posgrados
    - Falta de Capacitación continua
6. Niveles subnacionales para fiscalización
7. Económico
    - Barreras financieras
    - Insuficiencia e inadecuada asignación de recursos económicos (162)

La falta de control gerencial de los recursos humanos médicos influye en la difícil tarea de administrar reglamentos que habían sido elaborados por otras instituciones. Elementos gerenciales básicos, tales como la definición del salario, la promoción, el despido, la carga laboral, los horarios de trabajo, la ubicación y la transferencia del personal, quedaban fuera del control de los administradores de salud. Unas veces las decisiones eran el resultado de negociaciones políticas entre el Gobierno y los sindicatos, y otras veces provenían de otros ministerios, como

los de finanzas, educación, trabajo o servicio civil. En aquellos casos en los que el sector de la salud o sus instituciones podía contratar personal, tanto la selección de la persona como los criterios de promoción con frecuencia no respondían a necesidades técnicas, a la capacidad o a la experiencia profesional de los candidatos, sino a favoritismos, nepotismos y dictados políticos. (163)

Los ministerios de salud y las entidades encargadas de la seguridad social no controlaban la formación del personal profesional y técnico ni podían decidir el número de profesionales y técnicos de cada categoría que necesitaban. Un país podía tener al mismo tiempo un exceso de médicos que presionaban para conseguir plazas y una carencia de personal de enfermería. Todo ello limitaba la capacidad gerencial. La solución de estos problemas es compleja y requiere la participación de varios ministerios, la existencia de reglamentos que se cumplan y sistemas judiciales que fallen contra la contratación y los despidos injustos. Es también necesario emprender difíciles negociaciones políticas entre el Gobierno, los sindicatos y las asociaciones profesionales. No se han percibido mejoras en este sentido como consecuencia de las reformas. (163)

La poca capacidad gerencial se observaba especialmente en los hospitales que consumían la mayor parte de los recursos destinados a la salud. Además del absentismo ya mencionado, se observaba con frecuencia una falta de control de la calidad y de los recursos básicos debido a carencia de presupuesto, incompetencia gerencial y robo. A pesar del interés demostrado por la reforma en mejorar la gerencia hospitalaria y en optimizar el uso de recursos, la eficiencia y la calidad de los servicios de un gran número de hospitales siguen siendo muy bajas (164, 165).

El pluriempleo médico es una de las causas del absentismo laboral en las instituciones públicas y de la baja productividad de

los médicos en ese sector. Además, es una fuente de conflictos de intereses para los médicos que remiten a sus pacientes en el sector público a los servicios privados. Según Brito, el pluriempleo provocado por la reforma ha aumentado el estrés y el descontento entre los médicos. (166)

3.4.2 Problemas a nivel mundial

El personal de salud es la piedra angular de los sistemas de salud; sin embargo, está atravesando una crisis mundial a la que ningún país escapa por completo. (167)

Puesto que “Los trabajadores de la salud constituyen el recurso más preciado del sector. La disponibilidad de profesionales de la salud se ha convertido en un tema relevante para los países desarrollados. Por ejemplo, si no se invierte la tendencia actual, en Estados Unidos se prevé un déficit de 20% en la fuerza laboral del personal de enfermería con diploma para 2020. En el Reino Unido, para 2010 se jubilarán 100,000 enfermeros (as). En 2000 más de la mitad de los médicos en la Unión Europea tenía más de 45 años, en Noruega la edad media de los dentistas era 62 años. Los países en desarrollo, por otro lado, luchan por formar y retener personal de atención sanitaria”. (167)

La situación en que se desenvuelven los profesionales en salud varía en cada país, pero entre los retos a menudo se encuentran:

a. Distribución deficiente de prestadores de servicios de salud.
b. Planificación y gestión deficiente de los recursos humanos.
c. Infra inversión en la formación de pregrado y la capacitación en servicio.
d. Ambientes laborales insatisfactorios, que a menudo contribuyen a una baja moral y productividad.
e. Tasas problemáticas de retención de los trabajadores de la salud.
f. Desequilibrio entre las habilidades y aptitudes de los trabajadores disponibles y aquellas necesarias para cumplir los objetivos nacionales de salud.

g. Falta de administradores profesionales de recursos humanos y liderazgo organizacional.
h. Volumen de trabajo y descripciones de puestos irrealistas para las diferentes categorías de trabajadores disponibles.
i. Sistemas deficientes de administración de recursos humanos: por ejemplo, colocaciones, contratación, distribución, gestión y supervisión del desempeño en el trabajo.
j. Riesgos ocupacionales como el VIH y otras enfermedades a las que se ven expuestos. (168)

3.4.2.1 Escases de profesionales

El problema afecta en mayor o menor medida a todo el planeta; sin embargo la situación es muy distinta según se trate de países ricos o pobres, así, por ejemplo: El 9,7% de la fuerza de trabajo en la Unión Europea es del sector de bienestar social, sanidad incluida. En España, a cada médico colegiado le corresponden de 250 a 275 habitantes. (169)

Esta escasez afecta a todo el personal en salud; pues “las estimaciones mundiales muestran que hay 57 países con escasez crítica de recursos humanos que equivale un déficit de 2,4 millones de médicos, enfermeras y parteras; es decir clasificados por debajo de la densidad umbral de 2,5 trabajadores de la salud por cada 1,000 personas”. (167,168)

Según el informe sobre la Salud del Mundo 2006 se considera que hay una escasez de cuatro millones de trabajadores de la salud en el mundo hay 59,2 millones de trabajadores de la salud de jornada completa remunerados, de los cuales 2/3 partes son proveedores de servicios de salud y 1/3 parte son administrativos y auxiliares(…) en la región de las Américas se concentra la mayor parte de estos trabajadores (21, 740, 000) Y en África el menor número de éstos (1,640,000), en donde

también se encuentra el 24% de las enfermedades del mundo pero se cuenta sólo con un 3% de la población activa mundial en salud. (170)

El continente Asiático también se enfrenta a graves problemas de distribución interna de los prestadores de servicios de atención sanitaria, y el Caribe, que se ve amenazado por la emigración de los profesionales de la salud hacia los Estados Unidos. (171)

3.4.2.2 Condiciones de trabajo

Como es bien sabido por todo el personal en salud, el trabajo bajo presión y la lucha constante por ofrecer servicios de salud de alta calidad y de la manera más eficiente posible, generan en los profesionales una carga extra: “Al permanecer fieles a las tradiciones de ética, dedicación y ciencia, así como el trabajar de cerca con sus pacientes, estos médicos dedicados del mundo se han enfrentado con la adversidad y la han superado”. (170)

“Con respecto a la identificación de factores que inciden en la situación en la que los trabajadores de la salud desempeñan su trabajo, el informe 2006 señala al estrés y la inseguridad como fuerzas determinantes en el comportamiento de estos pues se enfrentan a situaciones cambiantes como las transiciones demográficas y epidemiológicas, reformas a los sistemas de salud, avances tecnológicos y las exigencias de los actuales consumidores de los servicios de salud que cada día son mas amplias e infórmales”. (170)

3.4.2.3 Migración

Como se ha venido mencionando, es común en todo el mundo el desequilibrio que hay en la distribución de los recursos humanos; pues se observa una mayor concentración en las zonas urbanas y en los países más ricos que en zonas rurales y países en vías de desarrollo.

El resultado de esta migración tanto interna como externa, contribuye todavía más las inequidades en la cobertura de servicios. (171)

Los factores que inciden en la migración del personal de salud no se relacionan solamente a la búsqueda de un mejor salario y condiciones de vida, sino también a las facilidades para optar a una especialización (puesto que estas también se concentran en los países mas industrializados y zonas urbanas), y también al grado de eficacia del sistema de atención sanitaria y de las condiciones laborales; pues en los países pobres a menudo no se tiene en cuenta las necesidades familiares y no se garantiza la seguridad necesaria a las mujeres que trabajan en un entorno aislado y potencialmente peligroso. (166)

Por esta razón, aunque algunos países como la India, Filipinas, Cuba, Indonesia y China han incrementado la formación de profesionales, a pesar de la escasez local, la mayoría de éstos se marcha a trabajar al extranjero. (169)

Según la Unión Europea, la cuestión de la movilidad de los profesionales de la salud debe incluir acciones a escala internacional, ya que los traslados de las regiones rurales a regiones urbanas, de los países pobres a los ricos y del sector público al privado, forma un círculo vicioso: estas migraciones permiten a los países ricos ahorrar mucho dinero y causan pérdidas considerables a los países pobres en concepto de costes de formación y oportunidades para las instalaciones sanitarias con escasez de personal. (171)

3.4.2.4 Remuneraciones Inadecuadas

Asociado a los problemas anteriormente mencionados, usualmente las condiciones del entorno laboral no son atractivas, hay una baja remuneración e insatisfacción

debida a falta de reconocimiento social y a una reducida oportunidad de desarrollo profesional. (170)

En la Asamblea de la Asociación Médica Mundial en Venecia, el 28 de octubre de 1983, llama a todas las asociaciones médicas nacionales para que trabajen en busca de una solución a los problemas que emergen en relación con los recursos humanos médicos. (172)

Reconociendo la necesidad que todas las personas tengan acceso a la atención médica de más alta calidad y mantener los niveles en la atención médica que den como resultado la prestación de una atención médica de alta calidad, así como de proveer el desarrollo de nuevos conocimientos, destrezas y técnicas que estimulen el progreso de la ciencia médica. La Asamblea insta a todas las asociaciones médicas nacionales a que trabajen con sus gobiernos en la promulgación de las leyes respectivas para alcanzar dichas metas. "La formación tradicional del recurso humano en salud sigue el paradigma flexneriano, enfatizando la formación biologista y sin considerar la multicausalidad del proceso salud-enfermedad, ni el importante rol que ejercen los aspectos sociales, políticos, culturales y económicos. De acuerdo al informe sobre el desarrollo mundial del Banco Mundial: Invertir en Salud, los países en general enfrentan problemas relacionados con el recurso humano en salud:

- El número de profesionales que realizan atención primaria es insuficiente, mientras que existen demasiados especialistas.
- El personal de salud se concentra en las zonas urbanas.
- La formación en salud pública, política sanitaria y gestión de la salud es pobre o inexistente.
- Se subvenciona el perfeccionamiento de los médicos, aunque éstos perciban altas remuneraciones o trabajen en el sector privado (173)

El problema más delicado que afrontan los sistemas de atención sanitaria es la escasez de personal para hacerlos funcionar. Aunque especialmente grave en los países en desarrollo, sobre todo en el África subsahariana, esta crisis afecta a todos los países. Por desgracia, tanto los gobiernos nacionales como los organismos internacionales siguen considerando que las cuestiones referentes al personal son relativamente poco importantes. Urge reforzar rápida y sustancialmente la fuerza de trabajo para sacar provecho de los fondos y los productos farmacéuticos de que ya disponemos. (174)

Los movimientos de profesionales de la salud reproducen fielmente las pautas de emigración de los profesionales en general. Aunque los médicos y enfermeras constituyen sólo una pequeña proporción de los emigrantes profesionales, su pérdida debilita a los sistemas de salud. Los desplazamientos internos de trabajadores hacia las zonas urbanas es un fenómeno corriente en todos los países. Dentro de una misma región se dan también movimientos de los países más pobres a los más ricos, por ejemplo de Zambia a Sudáfrica, o de la República Unida de Tanzania a Botswana. La “fuga de cerebros” más polémica es la emigración internacional de profesionales de los países pobres a los países ricos. Si bien lo que más acapara la atención es la fuga de médicos, lo que puede colapsar fácilmente el sistema de salud es la fuga de enfermeras y de otros profesionales sanitarios. En los países desarrollados hay una alta demanda de enfermeras, como consecuencia sobre todo del envejecimiento de la población. (174)

Otros de los problemas a los que se enfrenta el personal de salud son: la concentración urbana, donde la mayoría de médicos se concentran en las grandes ciudades,

dejando las áreas urbanas con escasa cantidad de personal principalmente de tipo especializado. (172)

Se observaba una concentración de personal en hospitales y centros de salud urbanos, al tiempo que no había suficiente personal médico y profesionales sanitarios en áreas rurales y urbanas marginales. Por una parte, era muy limitado el acceso de la población rural a todo tipo de servicios, tanto de salud pública como de atención curativa, lo que contribuía a una mayor inequidad. De otra parte, la concentración desproporcionada de recursos humanos en los hospitales también producía inequidad, porque la gran mayoría de los pobres tenían un acceso muy limitado a los mismos. Aunque esta realidad siempre ha existido y está ampliamente documentada, las reformas no han mejorado el acceso oportuno de las clases económicamente necesitadas a los servicios de salud. En Colombia, la reforma ha incrementado significativamente el aseguramiento de los más pobres, pero no su acceso a los servicios de salud, como se discute en otro artículo de este mismo número de la Revista Panamericana de Salud Pública (175).

3.4.3 Problemas a nivel Regional

Los recursos humanos de salud (médicos, enfermeras, etcétera) son fundamentales para el funcionamiento de un sistema de salud, y en muchos países son el factor limitante para extender y proveer de mejores servicios a la población. Estados Unidos cuenta con un médico por cada 640 habitantes, y Cuba con uno por cada 170. Más allá de la disparidad en la ubicación de los médicos activos, concentrados en un 60-70 por ciento en la ciudad capital, el número total de médicos necesarios para brindar salud básica a los guatemaltecos, y producir los avances médicos que necesitamos está lejos de ser adecuado. Para 2002, Guatemala contaba con un médico por cada 1,100 habitantes, colocándose como el segundo país con menores médicos del istmo sólo superado por Nicaragua. (176)

“La Tasa de médicos para cuba es de 54,6 por 10,000 habitantes. La OMS recomienda que cualquier país debe tener el doble de personal profesional de enfermería con respecto al personal médico, dadas sus funciones de apoyo a los segundos”. (177)

El exceso de médicos en Uruguay produce una sobre prestación de los servicios. Estos factores elevan los costos para el paciente y reducen su calidad. Además esto conlleva a mayor desempleo y migración de los médicos a otras áreas. (178)
Una de las situaciones comunes es la debilidad de los sistemas de información de recursos humanos y la baja capacidad técnica del personal de las unidades responsables, tanto a nivel de los ministerios como de las entidades descentralizadas e instituciones de atención. En la esfera del trabajo propiamente dicho, se expresaron preocupaciones por parte de Chile y México debido a problemas de alta rotatividad del personal, ausentismo y desmotivación, resaltando la necesidad de intervenir sobre las condiciones y el medio ambiente de trabajo en los servicios y sobre los problemas de salud que aquejan al personal, resultante de las mismas. (162)

En el cuadro 9 se pueden observar los principales problemas que afectan el recurso humano medico en los países latinoamericanos. El desequilibrio entre el número de profesionales y de técnicos afecta directamente a la eficiencia y a la calidad de los servicios, ya que los primeros tienen que dedicar parte de su tiempo a llevar a cabo tareas que los técnicos pueden realizar mejor y a menor costo. (179, 180) El desequilibrio entre el número de profesionales que son médicos y que no lo son tiene un impacto directo en la calidad de los servicios y en la orientación curativa de la atención sanitaria, que puede resultar más costosa que las intervenciones preventivas, las acciones de promoción de salud y los tratamientos curativos no farmacológicos. (181) El desequilibrio entre el número de médicos generales y de médicos especialistas conduce a prestaciones médicas más costosas y al uso innecesario de alta tecnología, con posibles consecuencias yatrógenas para el paciente,

por lo que además de ser ineficiente puede afectar a la calidad de la atención. Si bien es cierto que los administradores, los economistas, los nutricionistas, los educadores y otros profesionales se incorporan paulatinamente a los equipos de salud, el proceso de toma de decisiones sigue bajo el control de los médicos, por lo que no ha habido cambios en el énfasis curativo de la actividad sanitaria, en detrimento de las acciones de salud pública. (182)

Según Bach, la carencia de personal en disciplinas tales como la atención primaria, la economía de la salud, la comunicación, la educación, la nutrición y la ingeniería sanitaria aún dificulta en gran medida que mejore la calidad y aumente la eficiencia en el sector de la salud. (183)

La Comisión Técnica para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, al realizar el informe de Recursos Humanos de Costa Rica utilizó una guía de trabajo sobre "Desafíos en Recursos Humanos" de la OPS, que considera cinco desafíos prioritarios que deben ser abordados desde diferentes ejes. Estos desafíos son los siguientes. Políticas, Información, Formación, Gestión y Empleo. Cada una de las metas de la investigación se dirigió a la manera de superar cada uno de estos desafíos. (181,183)

Dentro del rubro de políticas, está la falta de planes a largo plazo para fortalecer el desarrollo de los recursos. También que es necesaria la regularización de la oferta y la demanda de los recursos humanos en salud tanto en cantidad, calidad como en capacidad del personal. Y fomentar sistemas de ecuación permanente orientados por necesidades de salud y servicio. (181)

En la información como desafío para el recurso humano en salud, exponen la falta de sistemas de información sobre existencia, distribución y características de la fuerza laboral, también sobre la ausencia de investigaciones y desarrollo de mediciones sobre la distribución del personal de salud por unidad geográfica y en relación a la salud de la población. En formación, se toma en

cuenta la poca participación de “actores” tales como Universidades en el proceso de elaboración de políticas y planificación de los recursos humanos en salud. También la falta de interacción entre los organismos de formación de profesionales de salud y los servicios de salud. La Gestión surge como una necesidad de implementación y promoción de nuevos planes y hacer notar la necesidad de un trabajo en equipo entre las instituciones de salud y otras instituciones que pueden ser de utilidad. Y por ultimo el desafío de “Empleo” enfoca el recurso humano de salud como en una situación precaria para la cual deben establecerse mecanismos para eliminar este escenario. También señala como problemas los salarios bajos. (181)

Hasta no hace mucho, la visión demográfica de los recursos humanos limitaba el análisis a los problemas de disponibilidad cuantitativa. Hoy se viene trasladando el énfasis a la disponibilidad de capacidades (o competencias), porque en alguna medida se ha resuelto el problema clásico de la disponibilidad por 10, 000 habitantes en el área andina, por el incremento general de los recursos humanos en salud. En realidad se ha pasado de la baja disponibilidad a la sobreoferta profesional, sobre todo en las zonas urbanas, precisamente por estar aún pendiente de solución el problema de la distribución de profesionales y técnicos en cada país. En esto, la descentralización en salud es una tendencia continental y mundial, que en el caso andino viene promoviendo un avance parcial en la redistribución del personal. El nuevo desafío ya no es tanto el número de profesionales sino su distribución y sus competencias. Entre los años 1988 y 1997, el número de médicos se incrementó en 68,8 % en el área andina, pasando de 91,504 a 154,531. El mayor incremento se dio en Ecuador, donde la fuerza laboral en salud se duplicó durante el período, siguiéndole Venezuela, donde el incremento fue de 89,5%, Colombia, con 46,5 % y Perú con 36,6%. (184)

3.4.4 Problemas a nivel Local

“En Guatemala la tasa de médicos es de 9 por 10.000 por habitantes. La relación enfermera profesional/médico es de 1 a 3 y

de enfermera profesional /auxiliar de enfermería de 1 a 14. Se observa una concentración en la zona urbana, en la distribución del recurso humano en salud, con una relación para los médicos de 4 a 1 urbano/rural y para las enfermeras profesionales de 3 a 2. El país cuenta con cerca de 80 especialistas en salud pública con grado de maestría". (185)

El MSPAS a través del PLAN NACIONAL DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS, el cual se realizó en Copán Honduras, busca mejorar la condición actual de nuestro país, en cuanto a la mala gestión de los recursos humanos en salud a nivel nacional, implementando un plan a cumplirse entre el año 2007-2015. Para el cual existe una política de recursos humanos en salud que responde al sistema de salud vigente y tiene expresión operativa en planes nacionales e institucionales.
La disponibilidad de personal de salud permite que todas las poblaciones de todas las regiones del país, de diferentes grupos sociales y étnicos, tengan acceso a servicios de salud de manera equitativa. (93)

La salud es una condición indispensable para el logro de los objetivos planteados en las políticas sociales diseñadas para alcanzar las metas nacionales de crecimiento económico y bienestar, incluidos el desarrollo social y de la salud. En Guatemala el abordaje de las políticas de salud que determinan las características del funcionamiento del sistema sanitario sigue siendo problemático, porque las necesidades sociales son multidimensionales, los efectos adversos tienden a ser acumulativos, los recursos son limitados y las soluciones a menudo se hallan fuera del marco del sector salud. En consecuencia, llevar a cabo transformaciones que refuercen la importancia del sistema de salud como institución social central, capaz de crear oportunidades diferenciales en el diseño y la prestación de bienes y servicios, requiere un abordaje sistémico de las políticas públicas y de su formulación. (186, 187, 188)

Los sistemas de salud son el reflejo de importantes valores sociales que también se expresan en los marcos jurídicos e institucionales en los que se encuadra la formulación de las políticas de salud. Se indican a continuación algunos de los valores, principios y propósitos que la mayoría de los países de la Región expresa para sus sistemas de salud en sus constituciones o leyes:

a. Valores: derecho a la salud, universalidad, solidaridad, equidad, dignidad, desarrollo sostenible, gobernabilidad democrática. (170,173)
b. Principios: eficiencia, eficacia, calidad, participación/control social, integralidad de la atención, interculturalidad, descentralización, transparencia.
c. Propósitos: proteger la salud de las personas y mejorar la calidad de vida, reducir las desigualdades e inequidades, orientar los servicios a las necesidades de la población, brindar protección financiera frente a los riesgos y consecuencias de enfermar, y satisfacer las expectativas de la población respetando su dignidad y autonomía y garantizando su derecho a la confidencialidad. (186, 189)

En Guatemala, el fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud, están incluidos en los Lineamientos Básicos y las Políticas de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; entre otros, como la satisfacción de las necesidades de salud de la población; el fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización; la adquisición y provisión de insumos en forma oportuna, y la modernización del sistema de gestión administrativa-financiera y de planificación. (186,190)

Sin embargo, estos lineamientos no se han ejecutado de la manera adecuada, además del corto plazo con el que cuentan para ser viables algunas situaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud como metas para el año 2015, causando una problemática de recursos humanos en salud, que es generalizada en varios aspectos a nivel Latinoamericano, describiéndolas a continuación: (186,190)

- Diferencias Injustas y evitables, en el acceso geográfico, económico, ambiental, funcional y cultural de los y las guatemaltecas a servicios de salud integrados efectivos y satisfactorios. (188)
- El sistema de servicios de salud en Guatemala no cumple con los principios de equidad, solidaridad y subsidiariedad. (188)
- Inefectividad en la funciones de Regulación, Financiamiento y Provisión de Servicios. (188)
- Ausencia de un marco institucional coordinado para el financiamiento de la salud, que aumente la protección social, la efectividad y la calidad de los trabajadores de la salud. (90,191,188)
- Fallas en Direccionalidad, dado que faltan establecer espacios de diálogo y concertación para la formulación, gestión y evaluación de la política nacional de recursos humanos. (188)
- Ausencia de una Programación Multianual, a modo de identificar las necesidades futuras del recurso humano e incentivar la formación y contratación de personal de salud, en sus diferentes disciplinas. (188)
- La distribución de los recursos humanos no es equilibrada y pertinente, causando inadecuada desconcentración geográfica, no hay acceso educativo, y la pertinencia cultural e idiomática de los proveedores de salud ineficiente en las regiones menos atendidas. (188)
- Falta de Certificación y educación continua del personal de salud, tanto a nivel técnico, superior y especializado, para facilitar la armonización de los salarios y puestos de trabajo en el sistema de servicios,, además de la integración de la información sobre características y desempeño del personal. (188)
- Falta en la Dignificación y educación, de los trabajadores de la salud, ya que no se fomentan estilos y condiciones de vida saludables para todos los trabajadores del sistema de salud. (188)

3.4.5 Problemática de los Recursos Humanos

A continuación, se presenta un esquema con las dinámicas que afectan directa o indirectamente los Sistemas de Salud: (186, 188, 191)

a. Dinámicas que afectan los sistemas de salud
   - Persistencia de una burocracia patrimonialista.
   - Alto porcentaje de los gastos del Estado destinados al personal de salud.
   - Desequilibrios en la composición del stock de personal.
   - Inequidades en la distribución geográfica de los recursos.
   - Desequilibrios en la composición del equipo de salud, centrado en el médico y/o sin coherencia entre la necesidad resolutiva y el tipo de personal asignado.
   - Formación que no responde a las necesidades de la población en salud.
   - Inequidades de género.
   - Baja integración entre formación y servicios.

b. Problemas de las Reformas Sectoriales
   - Descentralización y separación de competencias.
   - Tendencia creciente a la flexibilización - precarización del trabajo.
   - Demandas de un nuevo tipo de regulación.
   - Generación de incentivos a la productividad.
   - Demandas sociales por mejor calidad.
   - Aumento incontrolado de la oferta educativa en salud a expensas del sector privado, crecimiento acelerado del mercado de entrenamiento en servicio.
   - Desafíos de formación de nuevas competencias para enfrentar las reformas.

c. Influencia de la Globalización
   - Estructura inadecuada de las decisiones a nivel global, débil autoridad sanitaria.
   - En los últimos años el reclutamiento internacional ha sido indiscriminado.
   - Falta de protección a la producción nacional de recursos humanos.

- Desregulación del mercado de trabajo y desprotección del trabajador emigrante.
- Existe la necesidad de homologación de títulos y nuevas normas para el ejercicio profesional internacional.
- Emigración creciente de profesionales de enfermería.
- Debilidad de los aparatos de salud pública para la gestión de políticas publicas globales.

3.5. Desafíos a los que se enfrentan los Recursos Humanos en Salud

Los desafíos están relacionados con el logro de calidad en el desempeño, con una mayor productividad, motivación y compromiso institucional, y lograr una mayor participación en las decisiones que afectan el trabajo en los servicios. (123)

3.5.1 Desafíos a nivel Mundial

La globalización del transporte, los intercambios comerciales y la comunicación constituyen fenómenos centrales que condicionan el desarrollo y la evolución de la humanidad. Lo que produce los desequilibrios en el estado de salud mundial sin una clara tendencia correctora. Enormes desigualdades de los indicadores de salud entre diversas áreas geográficas y grupos sociales son evidentes, tanto en Asia como en Latinoamérica donde transición demográfica está en franco avance. (192)

La OMS apoya la acción de la colaboración técnica con los países en vías de desarrollo y la necesidad de desarrollar un papel más activo en los ámbitos internacionales y de involucrar a la comunidad médica, sanitaria y científica del país en la elaboración, la ejecución y el seguimiento de la creciente contribución a los organismos internacionales. En los últimos años se ha observado un notable crecimiento de las capacidades de formación e investigación en los países. Sin embargo, mucho queda por hacer para que nuestro esfuerzo sea significativo a escala mundial. La introducción a la salud internacional debe iniciarse en la formación de pre-grado, asimismo, la formación continuada de personal en el diagnóstico, el tratamiento clínico y la prevención de enfermedades importadas, que contribuya a una mejorada red de vigilancia,

prevención y referencia, comienza a ser una necesidad urgente. (192)

La salud pública internacional debe garantizar que estratos sociales, regiones enteras y continentes, especialmente África, no queden al margen de la globalización de la salud varias de las principales organizaciones internacionales y donantes bilaterales tienen ahora como objetivo primario mejorar los resultados de salud de los pobres del mundo, esto con el fin de mejorar al salud. Esto refleja una tendencia creciente de esas organizaciones a definir sus objetivos en términos de reducción de la pobreza y la interpretación cada vez más amplia que se está haciendo del término "pobreza". (192, 193)

En octubre del año 2005 se lleva a cabo en Toronto Canadá, la Séptima Reunión Regional De Los Observatorios De Recursos Humanos En Salud, promovida por la OPS/OMS. Dicha reunión se denominó “El llamado a la Acción de Toronto para una Década Recursos Humanos en Salud 2006-2015”. Este Llamado a la Acción 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, que ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las prioridades nacionales de salud y al acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el 2015. (19, 194)

ASPHER por sus siglas en inglés (Association of School of Public Health in the European Region) tiene como desafío, el formar y educar los recursos humanos en salud pública de todas las regiones de Europa para mantener un Estándar calificado, para la atención de salud. (195)

El primer elemento indispensable del Plan de Acción Regional es la convicción común de la dirección que deben tener los cambios esenciales en la situación de recursos humanos, requeridos para producir un impacto substancial en el desempeño general de los sistemas de salud, incluyendo el acceso a servicios de salud de

calidad y las intervenciones de salud pública, para mejorar el estado de salud y bienestar de nuestras poblaciones, con una atención especial a los grupos subatendidos y en riesgo; por esto los esfuerzos en materia de recursos humanos en salud deben guiarse por los siguientes principios:

- Los recursos humanos son la base del sistema de salud.
- Trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social.
- Los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo. (122)

De lo anterior se extrae que el desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. Además, la contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la capacidad del sistema de salud para asegurar un acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población. Resalta también el hecho que el desarrollo de los recursos humanos en salud es un proceso social, orientado a mejorar la situación de salud de la población y la equidad social, pero a través de una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada. (19)

Para lograr que los acuerdos alcanzados en la reunión de los Observatorios de recursos Humanos se hagan realidad, es necesario que el Llamado a la Acción de Toronto tenga un impacto político y social resonante en los países no solo del continente si no de todo el mundo. Estos planes y políticas deberán promover la equidad en salud y el acceso universal a la salud, apoyando el desarrollo integrado de sistemas de salud basados en la atención primaria y los equipos multidisciplinarios. Además de estas orientaciones estratégicas, las acciones de recursos humanos deberán promover entornos de trabajo saludables tanto para los pacientes como para los trabajadores. (19, 194)

Sin embargo, para alcanzar el desarrollo de recursos humanos en salud, esperado por la mencionada instancia, existen desafíos y problemas que deben ser solventados. Estos últimos también

fueron identificados y están organizadas según los cinco desafíos críticos mencionados en la agenda de salud para las Américas y el Llamado a la Acción de Toronto para definir obstáculos y poder alcanzar metas. (19, 122)

Se debe crear políticas para producir un número suficiente de trabajadores cualificados con competencias técnicas y cuyos orígenes idioma y atributos sociales los hagan accesibles y capaces de llegar a clientes y poblaciones diversas. Para lograrlo, es preciso planificar y gestionar activamente el sistema de producción de personal sanitario, centrándose en desarrollar instituciones docentes sólidas, fortaleciendo la reglamentación profesional y revitalizando la capacidad de contratación logrando así la entrada de nuevo y eficiente recurso humano en salud especialmente médico. (196)

a. Definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de manera tal que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar mejor la capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas periódicamente. (19, 122,197, 198, 199)

- *Meta 1*: Todos los países de la región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 por 10.000.
- *Meta 2:* Las proporciones regional y sub regional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.
- *Meta 3*: Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes comunitarios de salud para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.
- *Meta 4:* La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la región.
- *Meta 5:* Todos los países de la región habrán establecido una unidad de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la

definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos. (122)

b. Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones. (19, 122, 197, 198, 199)

- *Meta 6:* La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015.
- *Meta 7:* Al menos el 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables.
- *Meta 8:* 70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes comunitarios de salud habrán perfeccionado sus capacidades y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.
- *Meta 9:* El 30% del personal de salud en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades. (122)

c. Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación. (19, 122, 197, 198, 199)

- *Meta 10:* Todos los países de la Región habrán adoptado un código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud.
- *Meta 11:* Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de recursos humanos para la salud.
- *Meta 12:* Todas las sub regiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero. (122)

En la etapa laboral el desafío para mejorar el desempeño y motivación de los trabajadores para tener mayor disponibilidad del recurso humano además de la supervisión es la compensación justa y fiable para que los trabajadores reciban una remuneración aceptable y puntual, otro desafío es desarrollar instituciones docentes sólidas para lograr profesionales en número suficiente y con las cualificaciones que requiere el sistema sanitario debido a que las 1600 facultades de medicina, las 6000 escuelas de enfermería y las 375 escuelas de salud pública del mundo, en conjunto, no están produciendo bastantes titulados aunque esto varía de país en país. (196, 200)

d. Generar relaciones laborales entre el personal y las organizaciones de salud con el fin de fomentar la creación de ambientes. Definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de manera tal que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar mejor la capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas periódicamente. (19, 122, 197, 198, 199)

- *Meta 13:* La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.
- *Meta 14:* El 80% de los países de la Región contará con una política de salud y seguridad para los trabajadores de salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo.
- *Meta 15:* Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético.
- *Meta 16:* El 100% de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten. (122)

e. Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población. (19, 122, 197, 198, 199)

- *Meta 17:* El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.
- *Meta 18:* El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.
- *Meta 19:* Las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.
- *Meta 20:* El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida. (122)

  Las salidas no planificadas o excesivas del recurso humano pueden originar pérdidas considerables de trabajadores y poner en peligro el conocimiento, la memoria y la cultura del sistema, es decir en algunas regiones, las enfermedades, los fallecimientos y la migración de los trabajadores constituyen una pérdida que supera con mucho la capacidad de formación y amenaza la estabilidad de la fuerza de trabajo. (196)

  El desafío biológico para contrarrestar las pérdidas naturales de médicos es gestionar estrategias para la migración, esto supone compaginar la libertad de los individuos para trabajar donde elijan con el freno de las pérdidas excesivas por migración interna (concentración urbana y abandono rural) y desplazamientos de los países pobres a los más ricos. Algunas migraciones internacionales se planifican, como la importación de profesionales a la Región del Mediterráneo Oriental, mientras que otras no están planificadas y tienen consecuencias nefastas

para la salud. En el caso de las migraciones no planificadas, adaptar la formación y la contratación a las realidades rurales, mejorar las condiciones de trabajo en general y facilitar el regreso de los migrantes son estrategias importantes para conservar al personal sanitario. Los países más ricos que reciben migrantes de países más pobres deberían adoptar políticas de contratación responsables, tratar con justicia a los trabajadores sanitarios que llegan y estudiar posibles acuerdos bilaterales. (196)

El desafío social de garantizar entornos de trabajo seguros se centra en la correcta gestión de reducción de los riesgos laborales, físicos y estrés mental además de ofrecer servicios de prevención eficaces y acceso al tratamiento a todos los trabajadores sanitarios que resulten seropositivos para el VIH.
Otro desafío social es planificar la jubilación para evitar la resección temprana del recurso humano en salud especialmente médico. (196)

En otros países europeos el desafío de que el recurso humano sea equitativo en distribución es el mismo que en otros muchos países, por ejemplo la migración del recurso humano al Reino Unido y Suiza siendo mucho menor en otros como Irlanda, Francia, Alemania, Noruega, Portugal, Italia, Austria y Polonia. (201)

3.5.2 Desafíos a nivel Regional

3.5.2.1 Retos Identificados Antes de la Reforma en América Latina

A raíz de la globalización de los recursos de salud mundial y los observatorios de los recursos humanos a nivel internacional, los países en vías de desarrollo han realizado observatorios propios de planes de acción en recursos humanos para no solo obtener conocimiento, sino también respaldo y entendimiento del proceso de planificación que les posibilite identificar una visión detallada para el

desarrollo de una fuerza de trabajo efectiva, definir las actividades específicas para alcanzar dicha visión y establecer puntos de referencia e indicadores para medir su progreso y sus éxitos. La realización de este ambicioso proyecto representa un desafío más significativo para los países de América Latina debido a sus múltiples diferencias en todos los aspectos con naciones desarrolladas. (202)

En Latinoamérica, el desarrollo en recursos humanos constituye un factor de importancia en el desarrollo de la salud, lo cual constituye un gran obstáculo para las propuestas de cambio, por ello es el reto más trascendente. (203)

En el tercer encuentro Sub Regional Andino para el Desarrollo de Recursos Humanos en salud el 9 de noviembre del 2007, se mencionó que:

- Los países tengan la cantidad necesaria de profesionales de salud para lograr estándares de calidad aceptables.
- Que los profesionales en salud estén distribuidos, de tal manera, que la población pueda acceder a servicios sanitarios.
- Que la calidad de la formación y la calidad de la preparación técnica sea buena de manera que puedan resolver los problemas principales de la población.
- Otro desafió con el que nos encontramos es promover un nuevo concepto de recurso humano y de gestión de recursos humanos
- La construcción de una teoría propia del trabajo en los servicios de salud. (200, 204)

La pobreza y la mala salud están interrelacionadas: Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes y, dentro de cada país, las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas. La asociación entre la pobreza y la mala

salud refleja una relación de causalidad bidireccional. La enfermedad o la fecundidad excesivamente alta pueden tener un considerable efecto en los ingresos familiares y marcar incluso la diferencia entre estar por encima o por debajo de la línea de pobreza. Pero la pobreza y los bajos ingresos también son causa de mala salud. Los países pobres y las personas pobres sufren múltiples privaciones que se expresan en altos niveles de mala salud de este modo, las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso: la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza. (195)

A continuación se enlistan los principales desafíos que enfrenta América Latina:

La Equidad: El principal reto para el sistema de salud es lograr disminuir la brecha existente en el servicio de salud, y los organismos encargados de la salud publica en los países latinoamericanos deben ocupar un sitio importante dentro del esfuerzo para abatir las desigualdades existentes en su campo de acción. (205)

La Transición Epidemiológica: la evolución de de las enfermedades con mayor incidencia se dirige hacia el predominio de las enfermedades crónicas sobre las infecciosas aunadas a la presencia de patologías emergentes como el VIH/SIDA. Por lo que se deben diseñar estrategias preventivas acordes con el contexto progresivo sociocultural latinoamericano. (205)

Asimilación de la revolución tecnológica y la globalización: las adaptaciones necesarias para aprovechar los avances biológicos, tecnológicos en informática médica, telemedicina y telecomunicaciones, que son ahora factores clave para los servicios de salud. (4, 205, 206)

Desproporción entre las diferentes categorías de profesionales de la salud: Además del desequilibrio entre médicos especialistas y médicos generales, la escasez de profesionales en muchas zonas, conduce a prestaciones médicas más costosas y al uso innecesario de alta tecnología. Esto también debido a que la demanda educativa en salud sigue rebasando a la oferta de las universidades e instituciones superiores. Aunado a esto, si bien es cierto que los administradores, economistas, nutricionistas, y otros profesionales de la salud se incorporan paulatinamente a los equipos de salud, el proceso de toma de decisiones sigue bajo el control de los médicos, por lo que no ha habido cambios en el énfasis curativo de la actividad sanitaria, en detrimento de las acciones de salud pública. (3, 4,5, 205, 207, 208)

Desproporción entre el número de profesionales de centros urbanos y rurales: Se observa una concentración de personal en hospitales y centros de salud urbanos. Esto produce inequidad ya que la mayoría de los las personas del área rural tiene un acceso muy limitado a esta clase de servicios. Por lo que se encuentra con el desafio de los servicios de salud. (1, 111, 209, 210)

El pluriempleo médico: Es una realidad conocida desde hace muchos años, y una de las causas del absentismo laboral en las instituciones públicas; y de la baja productividad de los médicos en ese sector. El pluriempleo provocado por la reforma ha aumentado el estrés y el descontento entre los médicos. (5, 111)

Falta de control gerencial de los recursos humanos: Elementos gerenciales básicos, la planificación, la previsión, así como mejorar el acceso de los administradores a información actualizada y de gran cobertura, definición de salario, promoción, despido, carga laboral, horarios de trabajo, ubicación y transferencia de

personal quedan fuera del control de los administradores de salud. Hay mucha injerencia en la toma de decisiones por parte de otros ministerios, sindicatos, etc. Por lo anterior se hace difícil emprender negociaciones políticas entre gobierno, sindicatos y asociaciones profesionales. Se debe desarrollar investigación encaminada a hacer más eficientes los actuales servicios y modelos de atención, evitar el desperdicio y facilitar a las instituciones su adaptación y cambio para que puedan enfrentar, lo mejor posible, los crecientes costos de su financiamiento. (111, 205, 208, 211)

Poca capacidad gerencial de los profesionales de la salud: La falta de garantía de la calidad en los servicios de salud son diversos: los tiempos de espera, el desabasto de medicamentos, equipamiento obsoleto, manejo deficiente de expedientes clínicos, y falta de apego a la normatividad en el manejo y control de las enfermedades, entre otros. (1, 111, 205)

Deficiente comunicación entre los proveedores de salud y los usuarios: Frente a estas necesidades ya reconocidas y las nuevas necesidades generadas por la reforma (descentralización, autonomía hospitalaria, privatización de servicios, etc.), surgen distintos programas para mejorar la gestión de los recursos humanos. (111)

Las deficiencias en la formación del personal de salud: La baja calidad de los nuevos profesionales de salud redundaría en un bajo capital humano para el desarrollo del país, pues tanto los que atienden la salud como los atendidos se verían limitados para desarrollar sus potencialidades. La educación permanente en salud debe ser la estrategia fundamental para reordenar las prácticas de formación, atención, administración, formulación de políticas y participación social en el sector salud, estableciendo acciones intersectoriales oficiales y regulares

con el sector de la educación. El desafío de la recertificación profesional utilizado por algunos países de América Latina como una capacitación profesional y acreditación educativa ante las autoridades para fines de ascenso. (3, 4, 5, 206, 207, 208, 209,210, 212, 213)

Políticas a favor de la salud publica: el derecho efectivo a la salud y el acceso universal a servicios de salud de calidad se obtienen por medio de un trabajo sanitario optimo, y uno de los principales obstáculos para concretar las metas de salud en las Américas ha sido la deficiencia de las políticas públicas relativas a los trabajadores, las que proponen grandes metas gerenciales y técnicas, haciendo a un lado a los agentes objetivos de su materialización. Los desafíos más importantes son: políticas que incentiven la carrera publica sanitaria, políticas para eliminar la precarización del trabajo sanitario buscando la consolidación progresiva de relaciones de trabajo más estables, evitar una acción sectorial fragmentada, la educación permanente en salud debe ser la estrategia fundamental para reordenar las prácticas de formación. (1, 4,5, 208, 210, 214)

Sin embargo, el énfasis exagerado en la compensación monetaria, como lo favorece la reforma neoliberal, puede desplazar otros valores que son fuente importante de motivación para mejorar la eficiencia y calidad, como el mismo placer de hacer las cosas bien o de ayudar al paciente. Incluso la lealtad a la institución puede desaparecer cuando la compensación económica es la única fuente de satisfacción. Un buen ejemplo de lo anterior se pude tomar de Brasil, donde el establecimiento de un sistema de compensación basado en la productividad logró incrementarla en un inicio, pero no logró mantenerla durante mucho tiempo y provocó competencia entre trabajadores que debían de colaborar entre sí. (111)

De todo lo anterior se extrae que los cambios hay que buscarlos en los principios y los valores que históricamente propulsaron la organización del sector salud en Latinoamérica, es decir, la solidaridad más que la competitividad, y la ayuda más que el beneficio. Los países tendrán que invertir tiempo y recursos en recuperar el compromiso de los profesionales con la población y con el sistema y deberán abandonar su orientación mercantilista. (111)

Así mismo se sugirieron líneas de acción tanto a nivel nacional como a nivel subregional y regional, entre las cuales podemos destacar a nivel nacional:

a. El fortalecimiento de la institucionalidad para el desarrollo de los recursos humanos en salud.
b. La defensa y promoción acerca de la importancia de los trabajadores en salud.
c. El financiamiento para el desarrollo del personal en salud.
d. La ampliación del espacio fiscal dedicado a servicios de salud.
e. La coordinación de la cooperación internacional para incrementar el financiamiento en base a prioridades nacionales.
f. El mejoramiento de la capacidad técnica para la gestión y formación de recursos humanos.
g. La ampliación de la base de información y evidencias en recursos humanos.

Siendo esta última la que con mayor claridad justifica la realización del presente trabajo de investigación. Todo lo anterior está dirigido a que los países logren para finales del año 2015, alcanzar avances significativos en sus objetivos de salud, a través del desarrollo de sus recursos humanos. (19)

Vale la pena hacer mención del desafío poco investigado respecto a los servicios y recursos dedicados a la salud mental. (2)

3.5.2.2 Desafíos en Centroamérica

La tendencia actual de las naciones centroamericanas ha sido la decisión de descentralizar la gestión hasta las instancias administrativas denominadas áreas de salud, muy cercanas a la población con sus problemas, a los órganos de gobierno municipal y la incorporación de otros actores importantes para desarrollar un proceso negociado y concertado, a favor de la salud, en un marco de profundización de la democracia participativa y de solidaridad social. (215)

Siguiendo con la misma línea que el resto de países del mundo, en Centroamérica se han llevado a cabo Observatorios de los Recursos Humanos de Salud, redefiniendo los mismos desafíos dentro de un contexto regional acoplado a las necesidades locales. Los desafíos adquiridos en estas reuniones se pueden reunir de esta manera: (197, 199, 216)

a. Especificar políticas y planes para la adecuación de la fuerza de trabajo a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos de manera continua.
b. Realizar distribución ecuánime de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.
c. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
d. Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con

la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.

e. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativa y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población. (216)

En el año 2006 se celebró la VIII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, en Perú; lugar en donde se decidió debatir los diferentes puntos en grupos de trabajo. Siendo los países de Centroamérica una de las subregiones agrupadas, se definió como reto prioritario la política al acceso a los servicios de salud. (116, 215)

3.5.3 Desafíos a nivel local

En Guatemala al igual que el resto de América Latina se lleva a cabo una de las acciones más importante para el desarrollo actual de la salud, que es el Observatorio de Recursos Humanos, este es un espacio multi institucional e intersectorial de búsqueda, procesamiento y análisis conjunto de información sobre los recursos humanos (formación, empleo, incentivos, proyecciones de oferta y demanda, etc.) que sirva de base para la toma de decisiones y la formulación de políticas a mediano y largo plazo. Este Observatorio es una iniciativa que lanzó la OPS/OMS en 1999 junto a los países de la región, para apoyar los cambios que se han experimentado en la situación de recursos humanos como consecuencia de los procesos de reforma sectorial y las diversas acciones en salud. La Comisión ha invitado a otras facultades, instituciones y sectores a formar parte de él. Por otro lado en octubre de 2005, se realizó por convocatoria de OPS/OMS en Canadá una reunión regional a la que asistieron 29 países de la región, organismos internacionales y varias universidades, en la que se identificaron los desafíos críticos de recursos humanos. (39, 217)

Como consecuencia se emitió un llamado a la acción para una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas, que coincide con el período para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. OPS/OMS acompañará a los países en ese trabajo, proveerá asistencia técnica, intercambios, movilización de recursos y dará seguimiento a las acciones que se emprendan. (39, 217)

El desafío fundamental es la decisión política y la existencia de planes efectivos para movilizar a los recursos necesarios a las regiones con mayores necesidades, las cuales son generalmente las de condiciones de vida más precarias y de mayor índice de marginalidad. Deben existir incentivos que vayan más allá de lo económico, como pueden ser los de desarrollo profesional. (19)

Dentro de los desafíos que enfrenta el recurso humano esta la distribución Geográfica; ya que en la ciudad capital hay 30 médicos por 10.000 habitantes, mientras que en el interior del país la cifra es mucho menor, especialmente en el altiplano donde existen Departamentos con menos de 2 médicos por 10.000 habitantes. (39)

Según el reporte del la OMS Guatemala presenta uno de los desafíos a nivel nacional en donde la población se encuentra muy dispersa y hay problemas de comunicación ya que los habitantes son, en su mayoría indígenas. Por las características anteriores es importante que el recurso humano empleado labore en las mismas regiones de donde proviene con la idea de mejorar la atención gracias a la similitud cultural y al uso de un idioma común. (39)

Frente a estos y otros problemas, las instituciones hacen esfuerzos para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de salud en todo sentido. El Ministerio y el IGSS y las facultades de medicina de tres universidades (San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar y Mariano Gálvez de Guatemala) han integrado la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y del Sector Salud, para que con una visión nacional y

sumando esfuerzos se aborden de forma conjunta los grandes desafíos para el desarrollo de los recursos humanos. (39)

Guatemala enfrenta un nuevo desafío ante la entrada de vigor de Acuerdo de Libre Comercio de América Central con los Estados Unidos al referirse a la migración externa aunque en este momento no es un problema serio, mientras que El seguimiento de la migración interna debe ser motivo de preocupación especial, tratando de adecuarla a las necesidades de la población. Esta requiere que profesionales y técnicos formados en las principales ciudades emigren donde mas se los necesita: regiones distantes del país, con carencias en muchos sentidos. Por otro lado, existen migraciones de personal en servicio del área rural para la urbana, en busca de mejores oportunidades. Esta tendencia produce mucho impacto en los servicios, ya que buena parte del país zonas rurales. (217)

El ministerio de salud publica y asistencia social se encuentra con los retos de la expansión rápida de los programas, la diversificación de los recursos humanos, la escalada de los costos, la dependencia científica y tecnológica, la calidad insuficiente y la agudización de las desigualdades en el acceso de los diversos grupos sociales a los servicios. (212)

En la reunión sub-regional llevada a cabo en Copan, Honduras en Agosto del 2006, Guatemala trazo el Plan Nacional De Desarrollo De Recursos Humanos Para Los Años 2007 – 2015. Representando las metas a mediano plazo que se deberán cumplir, y las cuales a su vez representan los mayores desafíos de salud que enfrenta el país. Dichas metas estipulan que en general los desafíos que se encuentran son: (93)

a. Políticos

- Formular políticas que incentiven la carrera pública sanitaria, reorganizando a los trabajadores en estructuras de carrera que satisfagan los requisitos de valoración del profesional, asignación del profesional conforme a las

necesidades del sistema y atención a municipios y regiones donde hay mayor carencia de personal sanitario. (52)

- Formular políticas que promuevan la calidad de vida de los trabajadores y la humanización de las relaciones de trabajo sanitario. (218)

b. Social

- Enfrentar los problemas que no han podido solucionarse, los más importantes son la escasez de profesionales en muchas zonas.
- La distribución irregular con una gran concentración en centros urbanos y regiones más desarrolladas. (218)

c. Biológicos

- La migración internacional de profesionales y técnicos en salud desde los países menos desarrollados hacia los más desarrollados, y la creciente especialización. (218)
- En medio de la reforma de servicios de salud y el advenimiento del tercer milenio, los recursos humanos continúan en el centro del qué hacer de salud. El recurso humano sigue siendo el principal recurso para emprender cualquier cambio en las sociedades y los servicios de salud. (219)

3.6 Necesidades de la población en Recursos Humanos en Salud

La función de la salud pública consiste en organizar y administrar recursos con el objeto de promover, proteger y consolidar la salud de la población. Por esa causa, la práctica médica aplicada a comunidades y poblaciones se encuentra condicionada debido al proceso de planificación y programación de los recursos utilizados en el sector salud. (6, 7,16,220,221)

Es en este marco donde deben considerarse, principalmente, dos aspectos, uno relativo a la atención (que debe ser universal y en condiciones de equidad; universal porque no debe hacer distinción de la condición socioeconómica, ni de ninguna otra; y en condiciones de equidad, ya que todos los individuos tienen derecho a una misma calidad de atención, por ejemplo, equidad en el acceso y uso de los servicios sanitarios). (222, 223)

El segundo aspecto tiene que ver con la necesaria mediatización, puesto que la práctica médica deberá ser programada; ello implica la racionalización de los recursos económicos y, en particular, los recursos humanos, lo cual se traducirá en actividades mejor sistematizadas para cumplir con aquella finalidad. (224, 225)

En septiembre de 2000 en la denominada “Cumbre del Milenio” se fijaron un conjunto de metas de alcance mundial con el objetivo de reducir la pobreza, sus causas y manifestaciones:

a. Erradicar la pobreza extrema y el hambre;
b. lograr la enseñanza primaria universal;
c. promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer;
d. reducir la mortalidad infantil;
e. mejorar la salud materna;
f. combatir el VIH/ SIDA, el paludismo y otras enfermedades;
g. garantizar la sostenibilidad del medio ambiente;
h. fomentar una asociación mundial para el desarrollo. (8,226, 227, 228)

Estas metas plantean un escenario cuyo cumplimiento sólo podría hacerse efectivo cuando exista una confluencia entre las necesidades de la población y las condiciones políticas, económicas, sociales, educativas y sanitarias para satisfacerlas. Dicha confluencia estaría condicionada por el ajuste entre las necesidades de salud de la población, las prestaciones de salud brindadas y los recursos humanos requeridos. (9, 10, 11, 12)

Una cuestión fundamental a considerar es la del acceso y calidad de la información con que se cuenta. Se evidencia la necesidad de actualizar permanentemente la información a través de un sistema eficiente y oportuno que tenga en cuenta datos básicos de la población (variables socioeconómicas, variables demográficas, variables epidemiológicas, morbilidad y factores de riesgo por grupo, acceso y cobertura de servicios de salud); del recurso humano del sector (número, tipo, especialidad, distribución) y del sistema de salud (servicios, complejidad, distribución, etc.). (13, 14, 229)

El proceso de planificación de los recursos humanos en salud implica considerar puntos clave propios del sector, a saber:

a. existencia de infra dotación o sobre dotación de categorías específicas de personal para las necesidades de la población;
b. distribución geográfica desigual de los recursos humanos entre países, zonas de un país y especialidades;
c. presencia de relaciones inadecuadas entre dotaciones de categorías; y
d. presencia de desajustes entre formación recibida y requerimientos del trabajo.

Desde esta perspectiva, el nuevo modelo de atención supone efectuar cambios en los procesos de trabajo y en las relaciones laborales, poner un mayor énfasis en la búsqueda de modelos de calidad/equidad en la atención de salud, así como en la productividad, eficiencia, costo-efectividad de los mismos. (221, 229)

3.6.1 Necesidades de la población en Recursos Humanos en Salud a nivel Mundial

Según el Informe sobre la Salud en el Mundo 2006 de la OMS, la falta de personal, junto con las carencias en entrenamiento y preparación, constituyen el principal obstáculo para que los sistemas de salud respondan eficazmente al tratamiento de enfermedades crónicas, influenza aviar y otros desafíos. (1, 2, 3,4,)

El estudio hizo énfasis en la temática central del Día Mundial de la Salud 2006, “los recursos humanos en salud”, al hacer un llamado sobre la necesidad de mayores inversiones para mejorar las condiciones de trabajo de los recursos humanos, revitalizar las instituciones de formación y reforzar con ello la capacidad para enfrentar desafíos futuros de salud pública. (4, 6, 15)

La OMS señaló que la comunidad internacional cuenta con tecnologías y recursos económicos suficientes para hacer frente a la mayoría de estos retos sanitarios, pero que hoy día muchos sistemas de salud nacionales son endebles, indiferentes a las necesidades, no equitativos e incluso inseguros. El estudio indica

que la OMS ha identificado un umbral en la densidad de personal sanitario por debajo del cual es muy improbable lograr una alta cobertura de intervenciones esenciales, tales como las que se requieren para cumplir las metas fijadas por los Objetivos de Desarrollo del Milenio del año 2015. (5, 6,7)

Basándose en estas estimaciones, hay actualmente 57 países con limitaciones críticas equivalentes a un déficit mundial de 2.4 millones de médicos, enfermeras y parteras. Para la OMS, todos los países sufren, en mayor o menor grado, necesidades en personal de la salud, pero que es a nivel regional donde mejor se observan estas carencias, como las Américas, con una carga de morbilidad del 10%, concentra a un 37% de trabajadores sanitarios del mundo, que absorben más del 50% de la financiación sanitaria mundial. (7, 8, 9,12)

Este año la OMS ha dedicado el día de la salud a la crisis mundial en los recursos humanos del sector. Según el subdirector general Tim Evans "... décadas de anemia inversora en la formación, remuneración, condiciones de trabajo y gestión de esos profesionales (...) han provocado una grave carencia de personal con conocimientos clave y un nivel creciente de cambios de profesión, jubilaciones anticipadas y migraciones nacionales e internacionales". (7, 12, 223, 227)

Si bien el problema afecta en mayor o menor medida a todo el planeta, la situación es muy distinta según se trate de países ricos o pobres. El 9,7% de la fuerza de trabajo en la Unión Europea es del sector de bienestar social, sanidad incluida. En España, por ejemplo, a cada médico colegiado le corresponden de 250 a 275 habitantes. No parece pues que nos enfrentemos a un déficit absoluto, sino a distorsiones en la distribución de los profesionales, por especialidades, funciones y territorios. (8, 9, 10,11)

Los problemas de escasez son un fenómeno generalizado, calculándose que sólo en África el déficit asciende a más de un

millón de trabajadores sanitarios. La desigual distribución de estos trabajadores impide a muchos grupos a acceder a servicios que salvan vidas, problema que se ve agravado por la aceleración de las migraciones en un mercado laboral abierto que aleja a los trabajadores calificados de las comunidades y de los países más pobres. (11, 12, 13, 14)

En algunas partes del África sub-sahariana las carencias son tan extremas que limitan las posibilidades de extender de forma masiva los programas destinados a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, como por ejemplo los de expansión del tratamiento contra el SIDA. Es necesario adoptar medidas con respecto a los sueldos y los incentivos, realizar inversiones en capacitación previa al servicio y durante él, introducir ajustes en las plantillas de personal y en la combinación de aptitudes, colmar las deficiencias más apremiantes en la prestación de servicios, armonizar las iniciativas promovidas por donantes, proporcionar atención y tratamiento al personal de salud afectado por el VIH/SIDA y ocuparse del problema de la migración de los profesionales de la salud. (11, 12,13,14, 229)

Una respuesta verdaderamente integral a la crisis mundial de Recursos Humanos de la Salud exige una acción concertada, coordinada y sostenida de muchos actores clave dentro de cada sector e institución, así como en todos los sectores, disciplinas, países y regiones del mundo. La Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario representa el reconocimiento colectivo por los líderes nacionales, regionales y mundiales de su responsabilidad a la hora de abordar este componente complejo, pero esencial, del desempeño del sector de la salud y del desarrollo social. (4,6,11,12,15)

3.6.2 Necesidades de la Población en Recursos Humanos en Salud Nivel Regional

3.6.2.1 Necesidades de la población en Recursos Humanos en Salud en Latinoamérica

La existencia de brechas en varios países de América Latina entre las necesidades de salud de la población y los recursos humanos disponibles (en adecuadas condiciones de cantidad y calidad) para responder a ellas, así como también las limitaciones de los métodos que permitirían mensurarlas de forma cuantitativa y cualitativa, constituyen un factor clave para trabajar en el desarrollo e integración de los sistemas de salud de los países de la región y para la generación y aprovechamiento de bienes públicos globales de la salud. (6, 15, 16)

Siendo la salud un componente básico para el bienestar de la población, se considera que el mejoramiento de los sistemas de atención, la reducción de la brecha entre necesidades de salud y recursos humanos disponibles, y el desarrollo de procesos de integración regional, constituyen estrategias imprescindibles para el acercamiento de los países en otras áreas de bienestar y desarrollo. (6, 220,221)

En América Latina, el campo de los recursos humanos para la gestión de la atención de los servicios de salud sufre desde hace muchos años un grave deterioro por problemas como la disponibilidad, distribución y estructura de la fuerza de trabajo en salud. A éstos se les agregan los problemas típicos del contexto sanitario, que son históricos en cada país. (226, 227, 228)

En caso de la República Argentina, se detecta una relación de un médico cada 310 personas, lo cual ubica al país entre los primeros a nivel mundial. En efecto la relación de médicos por cada mil habitantes es en promedio de 2,5 en los países ricos y de 0,1 en los pobres. En nuestro país no se han

tomado medidas para adecuar la cantidad de egresos universitarios a las necesidades sanitarias de la población. En efecto, en Argentina el número de médicos crece históricamente a una tasa anual superior a la de la población. Respecto a las especialidades, presenta escasez de médicos generales, aún cuando está comprobado que los médicos generales pueden diagnosticar más del 90% de los problemas vistos en la población; gran cantidad de especialistas y una pobre distribución geográfica de los médicos, por lo cual el número de médicos es muy variable de acuerdo a la región que se considere. Respecto a las necesidades de la salud de la población, disponer de indicadores precisos y actualizados, y de estadísticas sanitarias actualizadas, permite estimar correspondencias entre éstas y los recursos humanos requeridos para atenderlas. La utilización pertinente de esta información y la implementación de procedimientos que contribuyan al logro de la planificación adecuada para una determinada región o provincia, mejorarían la calidad de atención, la eficacia en el uso de los recursos y la equidad en el acceso al sistema de salud. (17, 18)

En el proceso de gestión de recursos humanos en salud convergen múltiples factores que aportan su peso relativo al balance de la ecuación entre oferta y demanda de personal en los sistemas de salud: el contexto sanitario y de las reformas sectoriales; la integración de la planificación a las políticas; la regulación y la gestión de los recursos humanos; la viabilidad política y la participación de actores; la descentralización de los servicios y la planificación; el sujeto planificador; la cuestión de la información para las decisiones y la cuestión metodológica. (7, 230)

El desarrollo de recursos humanos y capacitación, definida como Función Esencial de la Salud Pública , presenta problemas críticos en lo que se refiere a su gestión, los cuales se sintetizan en la combinación de desequilibrios históricos y de nuevos problemas relacionados con las reformas del sector

llevadas a cabo por lo países de la región. (Ver Anexo 13) (221,229)

La composición epidemiológica, demográfica y socioeconómica de la población constituyen variables críticas para la identificación de áreas y grupos poblacionales de intervención prioritaria y para la estimación de las dotaciones de trabajadores de la salud necesarios por especialidad para cada región. El otro factor clave, interviniente en el proceso de determinación y provisión de recursos humanos del sector, lo constituye la oferta de servicios de salud disponibles, su distribución geográfica y su capacidad de resolución. (Cuadro 14) (12, 16)

Los factores enumerados, sin embargo, sólo podrán confluir en un marco de viabilidad política que posibilite las intervenciones de planificación sanitaria para la determinación y distribución de los recursos humanos del sector salud y se ajuste a las necesidades sanitarias de la población, lo cual implica desarrollar consensos para alcanzar una mayor consistencia entre las políticas sanitaria y las políticas educativas, tanto a nivel regional, como nacional y provincial. Para la determinación adecuada de la dotación de los recursos humanos, resulta fundamental disponer de información y datos adecuados que permitan establecer relaciones equilibradas entre necesidad potencial de servicios de salud, demanda revelada y oferta de prestaciones sanitarias. (223, 226)

Pese a que la información sistematizada y amplia es un requisito necesario no es suficiente para crear una base común de evidencias que permita a los actores sanitarios planificar sobre bases precisas. Si, por ejemplo, las tendencias evidenciadas muestran que el número total de médicos por habitante crece de forma desproporcionada en relación a las necesidades de salud, esto debe ser considerado como una señal clara para las instituciones

formadoras de recursos humanos en salud. Si los datos del sistema de información indican que la concentración de especialistas o de enfermeras en las capitales o grandes ciudades sigue aumentando en desmedro de las zonas alejadas, los sistemas y servicios de salud se verán obligados a planificar programas de incentivos a corto y medio plazo que reviertan esta tendencia. Por esta razón, disponer de una plataforma de información acerca de los planteles de recursos humanos, capacitación recibida, niveles y distribución geográfica, cobra importancia en tanto emita señales claras para una adecuada gestión del mismo. Esta plataforma debería estar constituida por un conjunto de datos básicos, mantenidos por información de fuentes primarias regulares (registros permanentes, fuentes estadísticas), que sea al mismo tiempo alimentada y usada por los actores principales del sistema. (223,226)

La información requerida como insumo necesario para la gestión y determinación de los recursos humanos en salud consiste en el soporte necesario para identificar desajustes entre los servicios potencialmente necesitados, los efectivamente demandados y los actualmente provistos para la población bajo cobertura. La identificación de desajustes entre estos términos implica establecer prioridades y jerarquizar los siguientes objetivos:

a. la satisfacción de las necesidades de salud de los usuarios en forma integral;
b. el desarrollo de los servicios de salud para dar respuesta a esas necesidades;
c. el desarrollo de los recursos humanos de salud para el logro de una atención efectiva y de calidad.

En el proceso de desarrollo de los recursos humanos de la salud se hace necesario la integración de tres procesos: la planificación, la formación y capacitación y la gestión del recurso humano en salud. Estos tres procesos deberán estar coordinados a su vez con la satisfacción de las necesidades de

salud de la población y la demanda de servicios asistenciales, y oferta disponible de servicios de salud. (12, 14)

Operativamente, los tres procesos mencionados, deberán proveer la determinación de las características y necesidades cualitativas y cuantitativas, la composición, formación y preparación del recurso humano correspondiendo estos datos con el número y tipo específico de personal necesario, según servicio y población atendida en el mismo. (17,228)

En base a lo antes mencionado, la información requerida para el desarrollo de una plataforma de soporte a la gestión, la organización y cuantificación de los recursos humanos de salud, debería establecerse sobre dos parámetros:

a. conocimiento de lo que se requiere de los egresados de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud;
b. conocimiento y datos confiables acerca de los servicios de salud necesarios y efectivamente disponibles y su distribución en una provincia o región. (17, 229)

El desarrollo de metodologías para la determinación de los recursos humanos disponibles y necesarios constituye una herramienta objetiva para la definición de escenarios y para el establecimiento de datos que aporten fundamento sobre la relación entre las necesidades de salud, los servicios de salud necesarios y los efectivamente disponibles y los recursos humanos requeridos. (17, 229)

El conocimiento de las tendencias de la oferta del recurso humano en salud y de las características epidemiológicas, socioeconómicas y demográficas de la población permite diseñar intervenciones tendientes al cumplimiento de objetivos de aumento de cobertura y de la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de atención de salud. (17, 18)

Existe consenso sobre la necesidad de que la planificación necesaria en el escenario actual requiere el uso de un amplio espectro de metodologías combinadas en la medida de las necesidades y problemas a resolver. No obstante, debido a que subsisten algunos cuestionamientos sobre la idoneidad de algunas metodologías cuantitativas usadas ampliamente en la experiencia previa, la cuestión de la pertinencia de los métodos requiere un análisis cuidadoso. (18,230)

A partir de la investigación realizada se identificaron una serie de metodologías utilizadas como herramientas para el establecimiento de dotaciones de recursos humanos de salud, las cuales presentan las características y procedimientos básicos particulares, a la vez que un proceso de complementariedad entre ellas. Una primera tipología metodológica identificada se relaciona con el tipo de fuentes de datos utilizadas y la utilización que se haga de los mismos, distinguiéndose el binomio cuantitativo-cualitativo. (18,230)

Si bien la complementariedad de ambos enfoques potencia el proceso de planificación, gestión y determinación de recursos humanos del sector, como se citó, en la práctica son pocos los países que trabajan desde la perspectiva del perfil sociocultural de la población como variable para la dotación de sus servicios. Junto con esto, los métodos cuantitativos se erigen útiles ante los vacíos de información existentes, sus valores estandarizados y su perspectiva de generalización permiten de manera operativa estimar necesidades de personal y equipos de salud. (18,230)

La composición del personal profesional debe reflejar la diversidad de la Región. Del mismo modo, el perfil de las personas asignadas a las representaciones debe coincidir con las necesidades sanitarias, los problemas y los retos determinados y priorizados por los países mismos, y los funcionarios deben estar adecuadamente entrenados en el trabajo con los recursos humanos locales. (8,228)

3.6.2.2 Necesidades de la población en Recursos Humanos en Salud en Centroamérica

Uno de los retos para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas es incrementar el acceso a los servicios de salud en los países en vías de desarrollo, para reducir así la mortalidad infantil, el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades, así como mejorar la salud materna. Actualmente hay millones de personas en el mundo que no tienen acceso a servicios de salud: sólo en América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que esta circunstancia afecta a unos 250 millones de personas. "Para cambiar esta situación, es indispensable contar con un mayor número de infraestructuras y servicios de calidad, así como de profesionales sanitarios, que en muchos países están muy por debajo de lo necesario para atender las necesidades básicas de la población", subraya la ONG. (9, 10, 12, 14)

Mientras que la media europea está en torno a los tres médicos por cada 1,000 habitantes (en España es de 3,3), en los países centroamericanos este índice es considerablemente menor, llegando a ser hasta tres veces inferior. Así, el Índice de Desarrollo Humano 2005 publicado por Naciones Unidas, refleja que Guatemala tiene 0,9 médicos por cada 1.000 habitantes, Nicaragua 1,6 y El Salvador. Lo cual coincide con el comunicado emitido por la OPS en abril 2006 la cual reporta que en Guatemala existen 9.3 médicos por cada 10.000 habitantes. (8, 9, 10, 11)

3.6.3 Necesidades de la población en Recursos Humanos en Salud a nivel Local

Según la OPS en su reporte del año 2006, en Guatemala existen 9.3 médicos por cada 10.000 habitantes. El número de enfermeras profesionales en Guatemala es de 6.3 por 10.000 habitantes. La relación de auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales, en Guatemala es de 6 a 1 aproximadamente. Pero el problema no es

sólo de números, es también de distribución del personal. En la ciudad capital hay 30 médicos por 10.000 habitantes, mientras que en el interior del país la cifra es mucho menor, especialmente en el altiplano donde existen departamentos con menos de 2 médicos por 10,000 habitantes. (2,3, 5)

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas ricas y preferiblemente urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial la que vive en las zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud. Se estima que un 20% de la población no cuenta con servicios de salud o su acceso a éstos es limitado, sobre todo en las comunidades más dispersas y alejadas. (2, 3, 5)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el tiempo que debe emplear una persona para desplazarse hasta el servicio de salud debe de ser menor a 60 minutos. Sin embargo, en Guatemala, según los datos de la última Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida (2000), sólo un 10,7% de la población adulta que estaba enferma tardaba menos de una hora en llegar al servicio de salud. (17, 18)

Además de las distancias hasta los servicios de salud, acudir a ellos también tiene un coste económico que muchos habitantes tienen que asumir. Aunque la sanidad pública sea gratuita, hay que contemplar los costes de transporte, medicamentos, alimentación y exámenes de laboratorios, entre otros, se debe sumar también el factor étnico, ya que la condición de indígena dificulta a menudo las consultas médicas debido a la barrera del idioma y a tradiciones culturales como la atención durante el parto por parteras. De hecho, en 2002, sólo el 19% de las mujeres indígenas tuvieron un parto atendido por un profesional médico. (2, 3, 5)

3.6.4 Necesidades de la población en Recursos Humanos en Salud

Hay una creciente conciencia acerca del protagonismo que tiene el trabajo sanitario para proteger el derecho efectivo a la salud y el

acceso universal a servicios de salud de calidad, así como hay un creciente consenso en que uno de los principales obstáculos para concretar las metas de salud en las Américas ha sido la deficiencia de las políticas públicas relativas a los trabajadores, las que proponen grandes metas gerenciales y técnicas, haciendo a un lado a los agentes objetivos de su materialización, entre las que podemos mencionar: (15, 217,220, 221)

- Formular políticas que incentiven la carrera pública sanitaria, reorganizando a los trabajadores en estructuras de carrera que satisfagan los requisitos de valoración del profesional, asignación del profesional conforme a las necesidades del sistema y atención a municipios y regiones donde hay mayor carencia de personal sanitario. (197,217)
- Formular políticas para eliminar la precarización del trabajo sanitario buscando la consolidación progresiva de relaciones de trabajo más estables, con apropiados mecanismos de financiamiento por parte de los gobiernos y en un contexto jurídico adecuado. (197, 217)
- Formular políticas que promuevan la calidad de vida de los trabajadores y la humanización de las relaciones de trabajo sanitario (197, 217)
- Enfrentar los problemas que no han podido solucionarse y que, por el contrario, en muchos países tienden a aumentar; de estos problemas, los más importantes son la escasez de profesionales en muchas zonas, la distribución irregular con una gran concentración en centros urbanos y regiones más desarrolladas, la migración internacional de profesionales y técnicos en salud desde los países menos desarrollados hacia los más desarrollados, y la creciente especialización (23, 50)
- Mejorar el acceso de los administradores a información actualizada y de gran cobertura. (197, 217)

Con respecto a la educación de los recursos humanos presentes y futuros se requiere:

- Evitar una acción sectorial fragmentada; es esencial encarar los problemas mediante una acción intersectorial en donde trabajen mancomunadamente los sectores salud, educación y

trabajo para la formulación y puesta en práctica de políticas inductoras. (197, 217)

- La adopción impostergable de enfoques nuevos y más potentes para superar las dicotomías que aún persisten y sobre las cuales fueron construidas las iniciativas anteriores de cambio (individual frente a colectivo, medicina clínica frente a salud pública, especialidad frente a generalidad, sofisticación tecnológica frente a abordajes simplificados). (197, 217)

La educación permanente en salud debe ser la estrategia fundamental para reordenar las prácticas de formación, atención, administración, formulación de políticas y participación social en el sector salud, estableciendo acciones intersectoriales oficiales y regulares con el sector de la educación. (197, 217)

La composición del personal profesional debe reflejar la diversidad de la región. Del mismo modo, el perfil de las personas asignadas a las representaciones debe coincidir con las necesidades sanitarias, los problemas y los retos determinados y priorizados por los países mismos, y los funcionarios deben estar adecuadamente entrenados en el trabajo con los recursos humanos locales. (197, 217)

3.7 Indicadores de Recursos Humanos en Salud

3.7.1 Indicadores de Recursos Humanos en Salud a nivel Mundial

Abundan las pruebas 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. (39,231)

Basándose en nuevos análisis de censos nacionales, encuestas de población activa y fuentes estadísticas, la OMS estima que hay en el mundo un total de 59,2 millones de trabajadores sanitarios de jornada completa remunerados; se trata de empleados de iniciativas del sector sanitario cuya función principal es mejorar la salud (como programas sanitarios operados por organizaciones gubernamentales o no gubernamentales) y de trabajadores sanitarios de organizaciones no sanitarias, Los proveedores de servicios de salud constituyen aproximadamente las dos terceras partes del personal sanitario mundial, y el tercio restante está compuesto por personal administrativo y auxiliar. (39, 232,233)
En el anexo 15 se detalla la tabla en la cual la OMS publicó para el año 2006 los indicadores de la situación de los países de los 5 continentes en cuanto a su recurso humano, en ella puede verse, que la combinación de capacidades de los equipos sanitarios varía enormemente de unos países a otros. El número de enfermeras por cada médico va desde casi 8 en la Región de África a 1,5 en la del Pacífico Occidental. Si se comparan países, hay aproximadamente 4 enfermeras por cada médico en el Canadá y los Estados Unidos de América, frente a menos de una en Chile, el Perú, El Salvador y México. El espectro de competencias esenciales de los trabajadores se caracteriza por desequilibrios que se aprecian, por ejemplo, en la grave escasez de especialistas en salud pública y gestores sanitarios en muchos países. En general, más del 70% de los médicos son varones, mientras que más del 70% del personal de enfermería son mujeres; es decir, existe un marcado desequilibrio entre los sexos. Aproximadamente las dos terceras partes de los trabajadores están en el sector público, y el resto, en el privado. (39, 231,232, 233, 234)

El número de enfermeras por cada 1,000 médicos para un país medio alcanza los niveles más elevados en la Región de África, debido en parte a que en ese continente el número de médicos por cada 1,000 habitantes es extremadamente reducido. En cambio, el Pacífico Occidental es la Región donde esa proporción es más baja. Existen también notables diferencias entre distintos países de una misma región. Así por ejemplo, se calcula que hay

aproximadamente cuatro enfermeras por cada médico en el Canadá y los Estados Unidos de América, mientras que otros países de la Región de las Américas, como Chile, El Salvador, México y el Perú, cuentan con más médicos que enfermeras. De modo análogo, se estima que en la Región de Europa hay cerca de un médico por cada enfermera en países como Bulgaria, Portugal y Turquía, mientras que en Noruega y el Reino Unido la proporción es de aproximadamente cinco enfermeras por cada médico. (39 231, 232, 233, 234,235)

La distribución de los trabajadores sanitarios no es homogénea. Los países con las necesidades relativas más bajas son los que cuentan con el mayor número de trabajadores de la salud, mientras que los que acusan las cargas de morbilidad más elevadas tienen que contentarse con mucho menos personal. (231,232)

La Región de las Américas, que comprende el Canadá y los Estados Unidos, pese a registrar apenas un 10% de la carga mundial de morbilidad, acapara cerca del 37% de la fuerza de trabajo sanitaria mundial y más del 50% de los recursos financieros mundiales destinados a la salud. En cambio, la Región de África, que soporta más del 24% de la carga mundial de morbilidad, sólo tiene acceso a un 3% de los trabajadores sanitarios y a menos del 1% de los recursos financieros mundiales (aun incluyendo los préstamos y subvenciones procedentes de fuera). (39, 231-235)

Dentro de las regiones y países, el acceso al personal sanitario también es desigual. En Vietnam, por ejemplo, donde el promedio de dispensadores de servicios de salud por cada 1000 habitantes es de poco más de uno, esta cifra esconde importantes variaciones. En la práctica, 37 de las 61 provincias del país se sitúan por debajo de esa media, mientras que en el otro extremo destaca una provincia en la que la proporción es de cerca de cuatro por 1000. Existen disparidades similares en otros países. (231,232)

Son muchos los factores que influyen en las variaciones geográficas observadas en la densidad de personal sanitario. Las zonas donde

existen hospitales docentes y cuya población cuenta con medios suficientes para pagar servicios de salud atraen, invariablemente, a más trabajadores que aquellas que carecen de ese tipo de instituciones o apoyo financiero. En consecuencia, la densidad de personal sanitario suele registrar los niveles más elevados en los centros urbanos que cuentan con hospitales docentes y con altos niveles de ingresos. Aunque el grado de urbanización tiende a aumentar a la par que los ingresos, en todos los países, sea cual sea su nivel de renta, la proporción de profesionales sanitarios que viven en zonas urbanas es superior a la proporción de la población general que en ellas se concentra. (Ver Anexos 15, 16,17) (39,231-234)

3.7.2 Indicadores de Recursos Humanos en Salud a nivel Regional

3.7.2.1 Indicadores de Recursos Humanos en Salud en Latinoamérica

En las Américas, este sector esta compuesto por más de 7 millones de personas e incluye no sólo a los que trabajan con pacientes individuales en atención primaria o especializada sino además a los trabajadores que cuidan la salud de la población en forma colectiva. En América latina el 70 % de este recurso humano en salud esta conformado mayoritariamente por el sexo femenino, las cuales en este caso constituyen una de las fuerzas de trabajo más fuertes en el ámbito de la salud. (227, 228)

El dinamismo en el sector público en Latinoamérica sigue siendo muy importante, las reformas que se suscitan en los cinco continentes en cuanto al recurso humano en la salud, demarcan que la meta es la Descentralización de la administración del recurso humano en salud, lo cual traerá cambios en el financiamiento, la apertura de mercados, las

modalidades de gestión y atención lo cual tendrá un impacto directo en la calidad del servicio prestado. (236,237, 238, 239)

Un informe emanado de las observaciones de los observatorios nacionales en recurso humano en salud señalan la situación actual del recurso humano sanitario en Latinoamérica con los siguientes indicadores por cada 10,000 habitantes: 11.6 médicos, 7.2 odontólogos, 7.8 enfermeras profesionales, 3.8 técnicos de laboratorio, 6.6 nutricionistas y 23.6 auxiliares de enfermería todos por cada 10,000 habitantes, información al año 2005. (240-242)

Los informes también indican que los sistemas públicos de salud y las cajas de seguro social en los países de Latinoamérica tienen actualmente contratado menos personal de salud que el necesario lo cual se ve reflejado en los índices de oferta y demanda del personal médico, los cuales son los siguientes: oferta de médicos generales 28,419, demanda revelada 26,431, demanda para cobertura al 100% de 48,992 médicos, cobertura al 80% 41,329 médicos y cobertura al 58% 31,749 médicos, por cada 5 millones de habitantes. (241,244)

Otro hallazgo importante de los observatorios de recurso humano en salud es la mala distribución regional del recurso humano, ya que la mayoría de los distritos o municipios rurales de los países de Latinoamérica, tienen indicadores de cobertura demasiado bajos en comparación con las áreas metropolitanas donde se concentra la menor proporción de población. (241,244)

Por dar algunas cifras que son alarmantes en distintos países de América latina se presentan las siguientes:

Argentina: Mientras hay 1 médico por cada 95 personas en Buenos Aires, la razón es 1 cada 962 en tierra del fuego. (242-244)

Santiago: Tiene 61 % de los médicos vs. 35 % de la población. (242-244)

Montevideo: Concerta el 80 % de los médicos vs. 45 % de la población. (243,244)

Managua: Es el lugar de trabajo del 50% del personal de salud mientras que solo vive el 20 % de la población. (242-244)

Brasil: tiene una concentración de un 65 % de las enfermedades en las regiones del sur y sudeste. Además los médicos representan el 66% de los profesionales de salud. (242-244)

Ecuador: la capital Quito registra 12 enfermeras por 10,000 habitantes, el promedio del país sin embargo es de 5.3 por 10,000 personas. (240-242)

Paraguay: en la capital, Asunción, ejerce un profesional de enfermería por cada 2,000 habitantes, sin embargo en el resto del país la razón es de 1 por cada 9,000 habitantes. (243,244)

3.7.3 Indicadores de Recursos Humanos en Salud en Guatemala

Guatemala, al igual que muchos países de la Región de las Américas, tiene deficiencias en el número de recursos humanos. Por ejemplo: existen 9.3 médicos por cada 10.000 habitantes. Cuba tiene más de 70 y Haití solo uno. El número de enfermeras profesionales en nuestro país es de 6.3 por 10.000 habitantes, la relación de auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales, en Guatemala es de 6 a 1 aproximadamente. Y existen 1.6 odontólogos por cada 10.000 habitantes. (39, 231,232)

Pero el problema no es sólo de números, es también de distribución del personal. En la ciudad capital hay 30 médicos por 10.000 habitantes, mientras que en el interior del país la cifra es mucho menor, especialmente en el altiplano donde existen departamentos con menos de 2 médicos por 10.000 habitantes. (39, 231,244)

También preocupa las cualidades del personal, dado que por las características del país es importante que el recurso humano empleado labore en las mismas regiones de donde proviene con la idea de mejorar la atención gracias a la similitud cultural y al uso de un idioma común. Frente a estos y otros problemas, las instituciones hacen esfuerzos para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de salud en todo sentido. El Ministerio y el IGSS y las facultades de medicina de tres universidades (San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar y Mariano Gálvez de Guatemala) han integrado la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y del Sector Salud, para que con una visión nacional y sumando esfuerzos se aborden de forma conjunta los grandes desafíos para el desarrollo de los recursos humanos. (39, 231,244)

Una de las acciones más importantes en esta alianza es el desarrollo del Observatorio de Recursos Humanos, que es un espacio multi institucional e intersectorial de búsqueda, procesamiento y análisis conjunto de información sobre los recursos humanos (formación, empleo, incentivos, proyecciones de oferta y demanda, etc.) que sirva de base para la toma de decisiones y la formulación de políticas a mediano y largo plazo. El Observatorio es una iniciativa que lanzó la OPS/OMS en 1999 junto a los países de la región, para apoyar los cambios que se han experimentado en la situación de recursos humanos como consecuencia de los procesos de reforma sectorial y las diversas acciones en salud. La Comisión ha invitado a otras facultades, instituciones y sectores a formar parte de él. (39, 231,244).

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo y diseño de la investigación

Descriptivo transversal

4.2 Unidad de análisis

Información proporcionada por los médicos de los departamentos de Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa.

4.3 Población y muestra

Todos los médicos registrados en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala hasta febrero 2008, que laboran o residen en los departamentos de Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa.

4.4 Criterios de inclusión-exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión:

Se incluyó en el estudio a todo médico y médica registrado(a) en el Colegio de Médicos y Cirujanos residentes de los departamentos de Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa, independientemente si se encontraba activo o no.

4.4.2 Criterios de exclusión:

No se incluyó al médico o médica que no deseó o desistió de participar en el estudio.

4.5 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.5.1 Técnica

La técnica utilizada fue la entrevista dirigida, la cual se realizó por medio de un cuestionario semi estructurado.

4.5.2 Procedimientos:

Para la realización del presente estudio se realizaron los siguientes procedimientos:

4.5.2.1 Se ubicó a los médicos según Institución de acuerdo a los listados proporcionados por el Colegio de Médicos y cirujanos y por cada Institución.

4.5.2.2 Se solicitó autorización a las autoridades respectivas de cada Institución para la realización de la investigación.

Se solicitó a cada médico una cita para entrevistarlo y explicarle la naturaleza del estudio.

Se realizó la entrevista correspondiente a cada médico previo consentimiento informado.

Al finalizar las entrevistas con los médicos que laboraban en instituciones, se identificaron, utilizando la lista del Colegio Médico, a los médicos aún no entrevistados ubicándolos y entrevistándolos.

4.5.3 Instrumento

Se diseñó un cuestionario semi estructurado el cual constó de preguntas cerradas y abiertas conteniendo los apartados siguientes: identificación del instrumento, características demográficas, laborales y académicas.

4.5.3.1 **Validación del instrumento:** Para la validación del instrumento se realizaron los siguientes pasos:

- Se realizó una prueba piloto, en donde se aplicó el instrumento a un grupo de médicos para identificar problemas en el proceso.
- De acuerdo a los resultados que se obtuvieron en la prueba piloto, se hicieron los cambios y correcciones necesarias al cuestionario.

- Elaboración del instrumento definitivo: el cuestionario se reestructuró y se redactó en forma definitiva y se imprimió el número necesario del mismo.
- Se realizó un taller de capacitación para estandarizar el cuestionario y resolver dudas de su aplicación.
- Se aplicó el instrumento de acuerdo a los procedimientos establecidos.

4.6 Aspectos éticos

En el estudio realizado se utilizaron técnicas observacionales, no utilizando ni realizando ninguna intervención o modificación intervencional, por lo que se considera de categoría I, sin riesgo para las personas participantes en el estudio.

Antes de solicitar la participación al médico o médica, se les informó y explicó de que la participación en el estudio era voluntaria, y que los datos proporcionados serían procesados con la mayor confidencialidad y privacidad.

A todo médico, previo a aceptar la participación, se le proporcionó el consentimiento informado para que, después de leerlo, firmara de que aceptaba participar en el estudio.

4.7 Procesamiento y análisis de datos

4.7.1 Se recolectaron todos los instrumentos aplicados para su ordenamiento, clasificación y revisión, para garantizar el llenado correcto de los mismos.

4.7.2 Se ingresó la información para el procesamiento de datos en una base de datos, en formato SQL, la cual estaba contenida en un

dominio de Internet (www.observatoriomedico.org), el cual funcionó de la siguiente manera:

4.7.2.1 Los datos fueron ingresados por cada investigador según área geográfica (departamento y municipio) correspondiente.

4.7.2.2 Cada investigador ingresó a la base de datos por medio de un número de usuario y una clave de acceso personal.

4.7.2.3 Las variables estaban definidas y codificadas en la base de datos, por lo que cada investigador eligió la respuesta correspondiente seleccionándola de acuerdo a las respuestas proporcionadas por los médicos.

4.7.2.4 Al finalizar de ingresar los datos por municipio y por departamento, el programa generó informes de los datos por medio de filtros previamente establecidos.

4.7.2.5 Independientemente del ingreso de datos en el dominio de Internet, cada investigador realizó en el programa Excel una base de datos, en versión electrónica e impresa, de cada una de las variables del estudio, la cual se presentó conjuntamente con los cuestionarios utilizados.

4.7.3 Se realizó un análisis descriptivo, de tipo univariado de acuerdo a las variables estudiadas haciendo las salidas correspondientes de acuerdo a la siguiente lista:

4.7.3.1 Número Total de Médicos:

i. Total de República
   1. Distribución por Km^2
   2. Distribución por 10,000 habitantes

ii. Distribución por departamento
   1. Distribución por Km^2

2. Distribución por 10,000 habitantes

iii. Distribución por municipio
1. Distribución por Km^2
2. Distribución por 10,000 habitantes

4.7.3.2 Características Demográficas:

4.7.3.2.1 EDAD

i. Promedio de edad total
ii. Promedio de edad por sexo
iii. Distribución por grupos de edad total
1. Grupo de edad < 30 años
2. Grupo de edad de 31-40 años
3. Grupo de edad de 41-50 años
4. Grupo de edad de 51-60 años
5. Grupo de edad de 61-70 años
6. Grupo de edad de 71-80 años
7. Grupo de edad > 81 años
iv. Médico de menor edad
v. Médico de mayor edad

a. Distribución por grupos de edad según sexo

b. Distribución por sexo

i. Total por sexo
ii. Proporción (%) según sexo
iii. Razón (masculinidad) 1 médico por *x* medicas

c. Estado conyugal

i. Totales
ii. Proporciones (%) totales de:
1. Solteros
2. Unidos

3. Casados
4. Divorciados
5. Separados
6. Viudos

iii. Proporciones (%) según sexo de:

d. Localización de residencia:

i. Proporción de residencia en área urbana
ii. Proporción de residencia en área rural
iii. Según sexo

4.7.3.3 Características laborales (Totales y según sexo)

a. No. de médicos que laboran como médicos
b. No. de médicos que no laboran como médicos
c. Otra profesión u oficio de los médicos que no laboraban como médicos.
d. Proporción de lugares en que laboran los médicos

iv. % de 1 lugar
v. % de 2 lugares
vi. % de 3 lugares
vii. % de 4 lugares
viii. % de 5 lugares
ix. % de 6 lugares

e. Promedio de número de lugares en que laboran los médicos
f. Caracterización del **lugar prioritario** donde laboran los médicos

i. Total urbano y rural
1. Proporción de lugar
a. Urbano
b. Rural

ii. Total de instituciones
1. Proporciones de:
a. estatal
b. autónoma
c. privada
d. ONG
e. no institucional

iii. Total de Práctica profesional
iv. Proporciones de:
    1. clínica
    2. docencia
    3. investigación.
    4. administración
v. Total y proporción de lugar donde labora (urbano/rural) e institución (estatal, autónomo, privada, ONG, no institucional)
vi. Total y proporción de lugar donde labora (urbano/rural) y práctica profesional (clínico, docencia, investigación, administración)
vii. Total y proporción de la institución donde labora (estatal, autónomo, privada, ONG, no institucional) y práctica profesional (clínico, docencia, investigación, administración)

4.7.3.4 Características académicas

a. Totales y proporciones de: (totales y según sexo)
viii. Solo licenciatura
ix. Universidad que extendió el título
x. Licenciatura de médico y cirujano más otra licenciatura.
xi. Realizando residencia
    1. Enumerar residencias
xii. Especialización
    1. Enumerar especializaciones
    2. Total y proporción de especialización y lugar donde labora (urbano/rural)
    3. Total y proporción de especialización e institución donde labora (estatal, autónomo, privada, ONG, no institucional)
    4. Total y proporción de especialización y práctica profesional (clínico, docencia, investigación, administración)

xiii. Sub especialización

1. Enumerar subespecializaciones
2. Total y proporción de subespecialización y lugar donde labora (urbano/rural)
3. Total y proporción de subespecialización e institución donde labora (estatal, autónomo, privada, ONG, no institucional)
4. Total y proporción de subespecialización y práctica profesional (clínico, docencia, investigación, administración)

xiv. Maestría

1. Enumerar maestrías
2. Total y proporción de maestrías y lugar donde labora (urbano/rural)
3. Total y proporción de maestrías e institución donde labora (estatal, autónomo, privada, ONG, no institucional)
4. Total y proporción de maestrías y práctica profesional (clínico, docencia, investigación, administración)

xv. Doctorado

1. Enumerar doctorados
2. Total y proporción de doctorado y lugar donde labora (urbano/rural)
3. Total y proporción de doctorado e institución donde labora (estatal, autónomo, privada, ONG, no institucional)
4. Total y proporción de doctorado y práctica profesional (clínico, docencia, investigación, administración)

xvi. Post doctorado

1. Enumerar postdoctorado
2. Total y proporción de postdoctorado y lugar donde labora (urbano/rural)

3. Total y proporción de postdoctorado e institución donde labora (estatal, autónomo, privada, ONG, no institucional)
4. Total y proporción de postdoctorado y práctica profesional (clínico, docencia, investigación, administración)

4.7.4 Los resultados se presentan utilizando solamente cuadros.

5. RESULTADOS

5.1. Departamento de Jalapa

5.1.1 Monografía

El Departamento de Jalapa fue creado por el decreto número 107 del 24 de noviembre de 1873.

Después de los terremotos de Santa Marta en el año de 1773 que destruyó totalmente la capital, se pensó en su traslado a los valles de Jalapa y se nombró una comisión para que pasara a inspeccionar los valles de Jumay y de Jalapa con el objeto de escoger el sitio más apropiado. En el informe preparado por la comisión presidida por el Oidor Decano, Juan González Bustillo, e integrada por maestro Bernardo Ramírez, indicaban que el clima era benigno, la topografía se consideraba a propósito para edificar una gran ciudad, pero había escasez de agua potable, lo cual fue una de las principales razones para que el proyecto no se aceptara y que después de otros estudios se decidió que se haya fijado la capital en el lugar actual.

Posteriormente, la Asamblea Constituyente por medio del decreto No. 289 del 4 de noviembre de 1825, dividió el territorio nacional en siete departamentos, correspondiendo al de Chiquimula todos los pueblos y valles del antiguo Corregimiento de Chiquimula y Zacapa. El artículo 6o. Del mencionado decreto dividió el departamento de Chiquimula en siete distritos: Zacapa, Acasaguastlán, Esquipulas, Chiquimula, Sansaria, Jalapa y Mita, siendo sus respectivas cabeceras: Zacapa, San Agustín, Guastatoya, Esquipulas, Chiquimula, Jalapa y Mita.

El decreto de la Asamblea Constituyente del 12 de septiembre de 1839, a raíz de los sucesos en Los Altos, dividió al país en siete departamentos: Guatemala, Sacatepéquez, Chimaltenango, Escuintla, Mita, Chiquimula, y Verapaz, así como dos distritos separados inmediata dependencia del Gobierno: Izabal y Petén. Por el citado decreto, Jalapa quedó dentro de la jurisdicción territorial de Mita. Posteriormente, el decreto del 23 de febrero de 1848 dividió a Mita en tres distritos: Jutiapa, Santa Rosa y Jalapa, quedando el pueblo de Jalapa como cabecera de este último; Sanarate, Sansaria, San Pedro Pinula, Santo Domingo, Agua Blanca, El Espinal, Alzatate, y Jutiapilla, quedando separado del distrito de Jutiapa por el río que salía del Ingenio hasta la laguna de Atescatempa.

Debido a que para formar los distritos de Jalapa y Jutiapa se tomaron algunos pueblos de Chiquimula y Escuintla, al suprimirse dichos distritos por el decreto del Gobierno del 9 de octubre de 1850, volvieron a los departamentos de donde se habían segregado, por lo que Jalapa retornó a su anterior condición de dependencia de Jutiapa hasta el 24 de noviembre de 1873 en que se estableció el nuevo departamento de Jalapa.

El Arzobispado de Jalapa fue erigido el 30 de abril de 1951, pero dado a conocer el 11 de marzo anterior. Ahora los departamentos de Jalapa, Jutiapa, y El Progreso, con sede en la ciudad de Jalapa pertenecen a este Obispado.

El nombre de Jalapa, según la población local proviene de distintas fábulas.

Por su configuración geográfica que es bastante variada debido a la topografía del departamento, Jalapa tiene también consigo diversidad de climas. Se puede decir que generalmente es templado y sano, siendo frío en las partes elevadas, al extremo que en algunos años durante los meses de diciembre y enero se forma escarcha.

Aparte de que se habla el idioma español, el idioma indígena predominante es el idioma pocomam, aunque se encuentra en vías de extinción, pues solamente lo hablan algunos ancianos en los municipios de San Pedro Pinula, San Luis Jilotepeque, Mataquescuintla y San Carlos Alzatate.

El departamento de Jalapa posee una extensión territorial de 2063 km2 y una población para el 2008 de 293,936 habitantes (Proyecciones del Instituto Nacional de Estadística período 2000-2010).

5.1.1.1. Datos de Salud

- **Tasa de Natalidad general:** 19.84 nacimientos por 1000 habitantes
- **Tasa de Mortalidad:** 3.27 muertes por 1000 habitantes
- **Crecimiento vegetativo:** 16.57

Morbilidad General del departamento de Jalapa, año 2006

1. Enfermedades respiratorias

2. Enfermedades parasitarias
3. Enfermedades gastrointestinales
4. Diarreas
5. Neumonías
6. Enfermedades de la piel
7. Otitis media
8. Conjuntivitis
9. Infección intestinal
10. Disentería

Mortalidad general del departamento de Jalapa, año 2006

1. Neumonías
2. Paro Cardiorrespiratorio no especificado
3. Eventos Cerebro vasculares
4. Infarto Agudo del Miocardio
5. Diarrea
6. Heridas por arma de fuego
7. Cáncer Estómago
8. Diabetes Mellitus
9. Insuficiencia Cardiaca
10. Hipertensión Arterial

Datos proporcionados por Jefatura de Área de Salud, departamento de Jalapa, abril 2008. (Ver base de memorias de labores, consolidado 2006).

5.1.1.2. Croquis

Imágenes proporcionadas por: GEOSITEC (ver www.geositec.com)

5.1.2. Presentación de Resultados

La recolección de datos en el departamento de Jalapa se realizó, utilizando la estrategia de "barrido". Se inició la recolección en el casco urbano de la cabecera departamental. Se visitó en primera instancia las instituciones que mayor número de médicos ubican, tal fue el caso del Hospital Nacional, Jefatura de Área de Salud, Centro de Salud y Morgue del Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF). Previo a solicitar a las autoridades de las instituciones el permiso para realizar el trabajo de investigación, se procedió a realizar búsqueda activa en estas instituciones. Así mismo se solicitó a la Asociación de Médicos y Odontólogos de Jalapa, una lista de profesionales. Esta se cotejó con la lista obtenida por parte del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, y se procedió a visitar a cada uno de los profesionales de esta lista, de la cual solamente 6 profesionales no fueron ubicados. Así mismo se realizó visita a cada clínica particular en la cabecera departamental, realizando visitas por cuadras.

Una vez concluido el total de médicos en la cabecera, incluyendo visitas nocturnas al Hospital para entrevistar a los médicos turnistas, se procedió a las visitas municipales. Se inició con la visita a Monjas, donde se localizó a médicos particulares y en el Centro de Salud. Posteriormente se visitó el municipio de San Pedro Pinula, donde se localizó a médicos en la sede de la ONG Cooperativa el Recuerdo. Luego se visitó el municipio de Mataquescuintla, donde también fue posible ubicar a los médicos. Por último, en los municipios de San Manuel Chaparrón, San Luis Jilotepeque y San Carlos Alzatate, no se logró ubicar médicos, uno estaba de vacaciones, otro cubría una plaza en la jefatura de área y otro había renunciado recientemente. Todos estos médicos eran los asignados a los centros de salud. En estos 3 últimos municipios tampoco se localizó a médicos particulares.

Cuadro 1
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según edad y sexo, abril 2008
junio 2008

Grupos de Edad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*F*	%	*f*	%
< 30	4	7	2	11	6	7
31-40	18	30	9	50	27	35
41-50	15	25	7	39	22	28
51-60	20	33	0	0	20	26
61-70	3	5	0	0	3	4
71-80	0	0	0	0	0	0
> 81	0	0	0	0	0	0
Total	60	100	18	100	78	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 2
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según estado conyugal y sexo, abril 2008
junio 2008

Grupos de Edad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Solteros	6	10	4	22	10	13
Unidos	1	2	0	0	1	1
Casados	51	85	14	78	65	83
Divorciados	2	3	0	0	2	3
Separados	0	0	0	0	0	0
Viudos	0	0	0	0	0	0
Total	60	100	18	100	78	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 3
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según localización de residencia y sexo, abril 2008
junio 2008

Localización de Residencia	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Urbano	60	100	18	100	78	100
Rural	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 4
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa que laboran o no laboran como médicos según sexo, abril 2008
junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Laboran como médicos	60	100	18	100	78	100
No Laboran como médicos	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 5
Distribución de médicos del departamento de Jalapa con otra profesión u oficio según sexo, abril 2008
junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Profesión 1	0	0	0	0	0	0
Profesión 2	0	0	0	0	0	0
Profesión 3	0	0	0	0	0	0
Profesión 4	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 6
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa, según número de lugares en los que laboran y sexo, abril 2008
junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
1 lugar	15	25	8	44	23	30
2 lugares	34	57	8	44	42	54
3 lugares	10	17	2	12	12	15
4 lugares	1	1	0	0	1	1
5 lugares	0	0	0	0	0	0
6 lugares	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 7
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según lugar, Institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008
junio 2008

MASCULINO																					
LUGAR				INTITUCION										PRACTICA PROFESIONAL							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
52	87	8	13	15	25	3	5	2	3	7	12	33	55	54	90	6	10	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 8
Distribución de las médicas del departamento de Jalapa según lugar, Institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008
junio 2008

FEMENINO																					
LUGAR				INTITUCION										PRACTICA PROFESIONAL							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
16	89	2	11	2	11	1	6	2	11	3	16	10	56	17	94	0	0	1	6	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 9
Distribución del total de médicos del departamento de Jalapa según lugar, Institución y práctica profesional del lugar prioritario donde labora, abril 2008
junio 2008

Total																					
LUGAR				INTITUCION										PRACTICA PROFESIONAL							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		administración	
f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*F*	*%*	*f*	*%*
68	87	10	13	17	22	4	5	4	5	10	13	43	55	71	91	0	0	1	1	6	8

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 10
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según lugar e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Masculino			
	Urbano		Rural	
	F	*%*	*f*	*%*
Estatal	14	23	1	2
Autónoma	3	5	0	0
Privado	2	3	0	0
ONG	0	0	7	12
No Institucional	33	55	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 11
Distribución de las médicas del departamento de Jalapa según lugar e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Femenino			
	Urbano		Rural	
	f	*%*	*f*	*%*
Estatal	2	11	0	0
Autónoma	1	6	0	0
Privado	2	11	0	0
ONG	1	6	2	11
No Institucional	10	55	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 12
Distribución del total de médicos del departamento de Jalapa según lugar e institución donde labora, abril 2008
junio 2008

	Total			
	Urbano		Rural	
	f	%	*F*	%
Estatal	16	21	1	1
Autónoma	4	5	0	0
Privado	4	5	0	0
ONG	1	1	9	12
No Institucional	43	55	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 13
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según lugar y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio 2008

	Masculino			
	Urbano		Rural	
	f	%	*F*	%
Clínico	48	80	6	10
Docencia	0	0	0	0
Investigación	0	0	0	0
Administración	4	7	2	3
Total	52	87	8	13

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 14
Distribución de las médicas del departamento de Jalapa según lugar y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio 2008

	Femenino			
	Urbano		Rural	
	f	%	*F*	%
Clínico	15	83	2	11
Docencia	0	0	0	0
Investigación	1	6	0	0
Administración	0	0	0	0
Total	16	89	2	11

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 15
Distribución del total de médicos del municipio de Jalapa según lugar y práctica profesional a la que se dedica, abril 2008
junio 2008

	Total			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Clínico	63	81	8	10
Docencia	0	0	0	0
Investigación	1	1	0	0
Administración	4	5	2	3
Total	68	87	10	13

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 16
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008 junio 2008

	Masculino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	10	17	0	0	0	0	5	8
Autónoma	3	5	0	0	0	0	0	0
Privado	2	3	0	0	0	0	0	0
ONG	6	10	0	0	0	0	1	2
No Institucional	33	55	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 17
Distribución de las médicas del departamento de Jalapa según la institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008 junio 2008

	Femenino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	2	11	0	0	0	0	0	0
Autónoma	0	0	0	0	1	6	0	0
Privado	2	11	0	0	0	0	0	0
ONG	3	16	0	0	0	0	0	0
No Institucional	10	56	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 18
Distribución del total de médicos del departamento de Jalapa según la institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedica, abril 2008 junio 2008

	Total							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Estatal	12	15	0	0	0	0	5	7
Autónoma	3	4	0	0	1	1	0	0
Privado	4	5	0	0	0	0	0	0
ONG	9	12	0	0	0	0	1	1
No Institucional	43	55	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 19
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según grado académico y sexo, abril 2008. junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Sólo Licenciatura	15	25	9	50	24	31
Licenciatura de medico y cirujano mas otra Licenciatura (incluyendo estudios de postgrado)	45	75	9	50	54	69
Realizando Residencia	4	9	0	0	4	5
Especialización	30	67	7	78	37	47
Sub especialización	2	4	0	0	2	3
Maestría	9	20	2	22	11	14
Doctorado	0	0	0	0	0	0
Pos Doctorado	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 20
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según Universidad que extendió el título de médico y cirujano y sexo, abril 2008
junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Universidad San Carlos de Guatemala (USAC)	58	97	17	94	75	96
Universidad Francisco Marroquín (UFM)	0	0	0	0	0	0
Universidad Mariano Gálvez (UMG)	0	0	0	0	0	0
Extranjera	2	3	1	6	3	4

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 21
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según residencias y sexo, abril 2008
junio 2008

Residencia	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía	1	25	0	0	1	25
Medicina Interna	1	25	0	0	1	25
Pediatría	1	25	0	0	1	25
Traumatología	1	25	0	0	1	25

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 22
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según especializaciones y sexo, abril 2008
junio 2008

Especializaciones	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	3	1	14	2	5
Cirugía	8	28	0	0	8	22
Ginecología	6	20	3	43	9	24
Medicina Interna	1	3	1	14	2	5
Pediatría	6	20	2	29	8	22
Radiología	4	13	0	0	4	11
Traumatología	4	13	0	0	4	11

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 23
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según especializaciones y lugar donde laboran, abril 2008.
junio 2008

Especialización	Masculino			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Anestesiología	1	3	0	0
Cirugía	8	28	0	0
Ginecología	6	20	0	0
Medicina Interna	1	3	0	0
Pediatría	5	17	1	3
Radiología	4	13	0	0
Traumatología	4	13	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 24
Distribución de las médicas del departamento de Jalapa según especializaciones y lugar donde laboran, abril 2008.
junio 2008

Especialización	Femenino			
	Urbano		Rural	
	f	*%*	*f*	*%*
Anestesiología	1	14	0	0
Cirugía	0	0	0	0
Ginecología	3	43	0	0
Medicina Interna	1	14	0	0
Pediatría	2	29	0	0
Radiología	0	0	0	0
Traumatología	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 25
Distribución del total de médicos del departamento de Jalapa según especializaciones y lugar donde labora, abril 2008.
junio 2008

Especialización	Total			
	Urbano		Rural	
	f	*%*	*f*	*%*
Anestesiología	2	5	0	0
Cirugía	8	22	0	0
Ginecología	9	24	0	0
Medicina Interna	2	5	0	0
Pediatría	7	19	1	3
Radiología	4	11	0	0
Traumatología	4	11	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 26
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según especializaciones e instituciones donde laboran, abril 2008.
junio 2008

Especializaciones	Masculino									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Anestesiología	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0
Cirugía	2	7	1	3	0	0	0	0	5	17
Ginecología	1	3	0	0	0	0	0	0	5	17
Medicina Interna	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Pediatría	1	3	0	0	0	0	1	3	4	14
Radiología	0	0	0	0	0	0	0	0	4	14
Traumatología	1	3	1	3	0	0	0	0	2	7

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 27
Distribución de las médicas del departamento de Jalapa según especializaciones e instituciones donde laboran, abril 2008.
junio 2008

Especializaciones	Femenino									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	14	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirugía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ginecología	0	0	0	0	0	0	0	0	3	43
Medicina Interna	0	0	0	0	1	14	0	0	0	0
Pediatría	0	0	0	0	0	0	0	0	2	29
Radiología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Traumatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 28
Distribución del total de médicos del departamento de Jalapa según especializaciones e instituciones donde labora, abril 2008.
junio 2008

Especializaciones	Total									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Anestesiología	1	3	0	0	1	3	0	0	0	0
Cirugía	2	5	1	3	0	0	0	0	5	14
Ginecología	1	3	0	0	0	0	0	0	8	21
Medicina Interna	0	0	0	0	1	3	0	0	1	3
Pediatría	1	3	0	0	0	0	1	3	6	15
Radiología	0	0	0	0	0	0	0	0	4	10
Traumatología	1	3	1	3	0	0	0	0	2	5

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 29
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según especialización y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

Especializaciones	Masculino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	3	0	0	0	0	0	0
Cirugía	7	24	0	0	0	0	1	3
Ginecología	5	18	0	0	0	0	1	3
Medicina Interna	1	3	0	0	0	0	0	0
Pediatría	4	13	0	0	0	0	2	7
Radiología	4	13	0	0	0	0	0	0
Traumatología	4	13	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 30
Distribución de las médicas del departamento de Jalapa según especialización y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

Especializaciones	Femenino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	14	0	0	0	0	0	0
Cirugía	0	0	0	0	0	0	0	0
Ginecología	3	43	0	0	0	0	0	0
Medicina Interna	1	14	0	0	0	0	0	0
Pediatría	2	29	0	0	0	0	0	0
Radiología	0	0	0	0	0	0	0	0
Traumatología	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 31
Distribución del total de médicos del departamento de Jalapa según especialización y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

Especializaciones	Total							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Anestesiología	2	5	0	0	0	0	0	0
Cirugía	7	19	0	0	0	0	1	3
Ginecología	8	22	0	0	0	0	1	3
Medicina Interna	2	5	0	0	0	0	0	0
Pediatría	6	16	0	0	0	0	2	5
Radiología	4	11	0	0	0	0	0	0
Traumatología	4	11	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 32
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según sub especialidades y sexo, abril 2008
junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Sub especializaciones	2	100	0	0	2	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 33
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según sub especialización y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Masculino			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Sub Especializaciones	2	100	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 34
Distribución de las médicas del departamento de Jalapa según sub especialización y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Femenino			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Sub especializaciones	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 35
Distribución del total de médicos del departamento de Jalapa según sub especialización y lugar donde labora, abril 2008
junio 2008

	Total			
	Urbano		Rural	
	f	*%*	*f*	*%*
Sub especializaciones	2	100	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 36
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según sub especialización e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Masculino									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Sub especialización	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 37
Distribución de las médicas del departamento de Jalapa según sub especialización e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Femenino									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Sub especialización	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 38
Distribución del total de médicos del departamento de Jalapa según sub especialización e institución donde labora, abril 2008
junio 2008

	Total									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Sub especialización	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 39
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según sub especialización y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

	Masculino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	*%*	*F*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Sub especialización	2	100	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 40
Distribución de las médicas del departamento de Jalapa según sub especialización y práctica profesional,
abril 2008
junio 2008

	Femenino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*F*	%	*f*	%	*f*	%
Sub especialización	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 41
Distribución del total de médicos del departamento de Jalapa según sub especialización y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

	Total							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*F*	%	*f*	%	*f*	%
Sub Especializaciones	2	100	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 42
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según maestrías y sexo, abril 2008
junio 2008

Maestría	Masculino		Femenino		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Administración Hospitalaria	1	11	0	0	1	9
Administración Publica	1	11	0	0	1	9
Criminología y Medicina Forense	1	13	0	0	1	10
Epidemiología	2	22	1	50	3	27
Oftalmología	1	11	0	0	1	9
Psicología Clínica	1	11	0	0	1	9
Salud Publica	2	22	1	50	3	27

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 43
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según maestrías y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

Maestría	Masculino			
	Urbano		Rural	
	F	*%*	*f*	*%*
Administración Hospitalaria	1	11	0	0
Administración Publica	1	11	0	0
Criminología y Medicina Forense	1	13	0	0
Epidemiología	2	22	0	0
Oftalmología	1	11	0	0
Psicología Clínica	1	11	0	0
Salud Publica	2	22	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 44
Distribución de las médicas del departamento de Jalapa según maestrías y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

Maestría	Femenino			
	Urbano		Rural	
	F	*%*	*f*	*%*
Administración Hospitalaria	0	0	0	0
Administración Publica	0	0	0	0
Criminología y Medicina Forense	0	0	0	0
Epidemiología	1	50	0	0
Oftalmología	0	0	0	0
Psicología Clínica	0	0	0	0
Salud Publica	1	50	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 45
Distribución del total de médicos del departamento de Jalapa según maestrías y lugar donde labora, abril 2008
junio 2008

Maestría	Total			
	Urbano		Rural	
	F	*%*	*f*	*%*
Administración Hospitalaria	1	9	0	0
Administración Publica	1	9	0	0
Criminología y Medicina Forense	1	10	0	0
Epidemiología	3	27	0	0
Oftalmología	1	9	0	0
Psicología Clínica	1	9	0	0
Salud Publica	3	27	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 46
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según maestrías e institución donde laboran, abril 2008 junio 2008

Maestría	Masculino									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	F	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Administración Hospitalaria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
Administración Publica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
Criminología y Medicina Forense	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0
Epidemiología	2	22	1	11	0	0	0	0	0	0
Oftalmología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
Psicología Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12
Salud Publica	2	22	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 47
Distribución de las médicas del departamento de Jalapa según maestrías e institución donde laboran, abril 2008 junio 2008

Maestría	Femenino									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Administración Hospitalaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Administración Publica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Criminología y Medicina Forense	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Epidemiología	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0
Oftalmología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psicología Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud Publica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 48
Distribución del total de médicos del departamento de Jalapa según maestrías e institución donde labora, abril 2008 junio 2008

Maestría	Total									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9
Administración Publica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9
Criminología y Medicina Forense	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0
Epidemiología	3	27	0	0	0	0	0	0	0	0
Oftalmología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9
Psicología Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9
Salud Publica	2	19	0	0	0	0	0	0	1	9

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 49
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según maestrías y práctica profesional, abril 2008 junio 2008

Maestrías	Masculino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria	1	11	0	0	0	0	0	0
Administración Publica	1	11	0	0	0	0	0	0
Criminología y Medicina Forense	1	11	0	0	0	0	0	0
Epidemiología	0	0	0	0	0	0	2	22
Oftalmología	1	12	0	0	0	0	0	0
Psicología Clínica	1	11	0	0	0	0	0	0
Salud Publica	2	22	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 50
Distribución de las médicas del departamento de Jalapa según maestrías y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

Maestrías	Femenino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria	0	0	0	0	0	0	0	0
Administración Publica	0	0	0	0	0	0	0	0
Criminología y Medicina Forense	0	0	0	0	0	0	0	0
Epidemiología	1	50	0	0	0	0	0	0
Oftalmología	0	0	0	0	0	0	0	0
Psicología Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud Publica	1	50	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 51
Distribución del total de médicos del departamento de Jalapa según maestrías y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

Maestrías	Total							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria	1	9	0	0	0	0	0	0
Administración Publica	1	9	0	0	0	0	0	0
Criminología y Medicina Forense	1	9	0	0	0	0	0	0
Epidemiología	1	9	0	0	0	0	2	18
Oftalmología	1	9	0	0	0	0	0	0
Psicología Clínica	1	9	0	0	0	0	0	0
Salud Publica	3	28	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 52
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según doctorados y sexo, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 53
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según doctorados y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 54
Distribución de las médicas del departamento de Jalapa según doctorados y lugar donde laboran, abril 2008-junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 55
Distribución del total de médicos del departamento de Jalapa según doctorados y lugar donde labora, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 56
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según doctorados e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 57
Distribución de las médicas del departamento de Jalapa según doctorados e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 58
Distribución del total de médicos del departamento de Jalapa según doctorados e institución donde labora, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 59
Distribución de de los médicos del departamento de Jalapa según doctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 60
Distribución de de las médicas del departamento de Jalapa según doctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 61
Distribución del total de médicos del departamento de Jalapa según doctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 62
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según post doctorados y sexo, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 63
Distribución de los médicos del departamento de Jalapa según post doctorados y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 64
Distribución de post doctorados y lugar donde laboran las médicas del departamento de Jalapa, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 65
Distribución de post doctorados y lugar donde labora el total de médicos del departamento de Jalapa, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 66
Distribución de post doctorados e institución donde laboran los médicos del departamento de Jalapa, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 67
Distribución de post doctorados e institución donde laboran las médicas del departamento de Jalapa, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 68
Distribución de post doctorados e institución donde labora el total de médicos del departamento de Jalapa, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 69
Distribución de post doctorados y práctica profesional de los médicos del departamento de Jalapa, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 70
Distribución de post doctorados y práctica profesional de las médicas del departamento de Jalapa, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 71
Distribución de post doctorados y práctica profesional del total de médicos del departamento de Jalapa, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

5.2. Departamento de Jutiapa

5.2.1. Monografía

El departamento de Jutiapa se encuentra situado en la región IV en el sur oriente de la Republica de Guatemala. En el kilómetro 118, ruta a la República de El Salvador se encuentra la cabecera departamental, se divide en 17 municipios. El clima en general es templado, pero con temperaturas altas en la franja costera.

Durante el período precolombino, se vio florecer algunos importantes señoríos indígenas que alcanzaron un considerable nivel de desarrollo, los cuales pertenecen al Pupuluca, Pipil, Xinca. Siendo sus principales poblaciones Mictlan y Paxa. Fue creado por decreto Gubernativo del 08 de mayo de 1852, y entre sus señoríos indígenas que existían todavía en la época de la conquista, estaban los de Mictlan, así como el señorío de Paxa.

Etimológicamente la palabra jutiapa significa “en el rió de los jutes”, que se deriva de Jute y Apan. También se supone que la palabra Jutiapa, procede de la palabra mejicana “Xotiapan”, río de las flores, mientras que hay opiniones que indican que el nombre proviene de “Enjutar”, término usado por los fabricantes de utensilios de barro, industria que aun ejercen los naturales.

La topografía es variada, lo que trae la diversidad de climas desde calida hasta templado. En la parte norte se caracteriza por ser bastante montañoso y deforestación moderada, dentro de su territorio tiene áreas con planicie y valles entre los mas importantes están: el Valle de jutiapa y el de Asunción Mita, y entre los ríos: el de Paz, Tamazulapa, y Ostua; cuenta con 4 cuencas. En cuanto medios de comunicación, se cuenta con una red vial considerada aceptable en una buena parte del área rural; la comunicación telefónica, en el 100% de los municipios se ha ampliado con la telefonía celular. En lo que al aspecto demográfico refiere, el 27% de los habitantes residen en áreas urbanas y el 73% en áreas rurales. Observándose un crecimiento vegetativo de la población de 1.98% y una densidad de población de 129 hab. /km.

En cuanto a lo socioeconómico el departamento cuenta con 64750 manzanas de netamente agricultura que representa el 54.47% del área total, 35823 manzanas de potencial ganadero que representa el 30.14% del área total, 18296 manzanas de área forestal que equivalen al 15.39% del área total. Entre la población económicamente activa, se observa que un 50% de ella se dedica a la agricultura, se fomenta la producción de 8 productos básicos: fríjol, maíz, maicillo, arroz, cebolla, café, tomate, chile y otras hortalizas. La mayoría es producto para autoconsumo y mercado local: verduras, legumbre, y frutas, pero también se fomenta la exportación en el interior y la Republica de El Salvador de productos básicos como: Fríjol, maíz, café, tomate y cebolla.

El alfabetismo o nivel de escolaridad se encuentra en un 79%. El sistema académico ofrecido a la población cuenta con diversidad de oportunidades, existen centros educativos, estatales y privados que prestan servicio en todos los niveles. El analfabetismo representa un 21% de la población total.

El departamento de Jutiapa cuenta con una extensión territorial de 3219 Km.2 y presenta una población total para el año 2008 de 415,996 habitantes (Proyecciones del Instituto Nacional de Estadística período 2000-2010).

5.2.1.1. Datos de Salud

- Tasa de Natalidad: 22 nacimientos por 1000 habitantes
- Tasa de Mortalidad: 1.22 muertes por 1000 habitantes
- Crecimiento Vegetativo: 1.78

Morbilidad General del Adulto Mayor del Departamento de Jutiapa, 2006

1. Enfermedad Peptica
2. Artritis
3. Infección del Tracto Urinario
4. Resfriado Común
5. Cefalea
6. Hipertensión Arterial
7. Amigdalitis
8. Parasitismo Intestinal
9. Enfermedad de la Piel
10. Amebiasis

Mortalidad General del Adulto en el Departamento de Jutiapa, 2006

1. HPAF
2. Ca no especificado
3. ACV
4. Politraumatismo
5. IAM
6. Paro cardiaco
7. Neumonía y Bronconeumonia
8. Intoxicación por plaguicidas
9. Cirrosis Hepática
10. Intoxicación Alcohólica

Datos proporcionados por Jefatura de Área de Salud, departamento de Jutiapa, abril 2008. (Ver base de memorias de labores, consolidado 2006)

5.2.1.2. Croquis

Imágenes proporcionadas por: GEOSITEC ver página web: www.geositec.com

5.2.2. Presentación de Resultados

Para la recolección de datos en el departamento de Jutiapa se utilizó la estrategia de "barrido". La primera visita se realizó en la cabecera departamental ya que allí se encuentran concentrados la mayor parte de los médicos. Inicialmente se visitó el Área de Salud, obteniendo allí datos sobre la ubicación de los médicos en las instituciones estatales como lo son los Centros de Salud ubicados en cada municipio. Luego se realizó recolección de datos de los médicos que laboran en el Hospital Nacional de Jutiapa, previa autorización del Director Médico, quien a su vez nos proporcionó el listado oficial de los médicos que laboran en una plaza fija y los médicos turnistas.

Se llevó a cabo la recolección en el municipio de Asunción Mita que representa el 2do municipio con la mayor concentración de médicos del departamento de Jutiapa.

Durante la segunda visita se recorrieron los municipios de Jalpatagua, Moyuta, Comapa, Conguaco, Pasaco, Quezada y San Jose Acatempa dicha visita se realizó en un período breve ya que se localizaron escasa cantidad de médicos por municipio y en Pasaco no se localizó ninguno.

En la tercera vista se realizó la recolección en el área norte del departamento en los municipios de Agua Blanca, Santa Catarina Mita. También se visitó los municipios de El Progreso, Yupiltepeque, El Adelanto, Atescatempa, Jerez y Zapotlitlán. Nuevamente la visita en cada municipio fue breve debido a la escasa cantidad de médicos.

En cada uno de los municipios visitados, se ubicó primero los Centros de Salud, se entrevistó a los médicos que laboraban en los mismos, se solicitaron los datos de salud necesarios y adicionalmente el personal proporcionó información sobre la cantidad y la localización de todo profesional de la medicina que se ubicaba en el municipio en cuestión. Luego se ubicó las clínicas de los galenos, se visitaron y se les entrevistó.

Cuadro 1
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según edad y sexo, abril 2008
junio 2008

Grupos de Edad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
< 30	3	3	2	2	5	5
31-40	19	20	13	14	32	34
41-50	27	28	4	4	31	32
51-60	20	21	2	2	22	23
61-70	5	5	0	0	5	5
71-80	1	1	0	0	1	1
> 81	0	0	0	0	0	0
Total	75	78	21	22	96	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 2
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según estado conyugal y sexo, abril 2008
junio 2008

Grupos de Edad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Solteros	6	6	8	8	14	15
Unidos	3	3	0	0	3	3
Casados	64	67	13	14	77	80
Divorciados	1	1	0	0	1	1
Separados	0	0	0	0	0	0
Viudos	1	1	0	0	1	1
Total	75	78	21	22	96	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 3
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según localización de residencia y sexo, abril 2008
junio 2008

Localización de Residencia	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Urbano	70	73	20	21	90	94
Rural	5	5	1	1	6	6

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 4
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa que laboran o no laboran como médicos según sexo, abril 2008
junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Laboran como médicos	75	78	21	22	96	100
No Laboran como médicos	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 5
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa con otra profesión u oficio según sexo, abril 2008
junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Profesión 1	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 6
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según número de lugares en los que laboran y sexo, abril 2008
junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
1 lugar	32	34	13	13	45	47
2 lugares	32	34	8	8	40	42
3 lugares	9	9	0	0	9	9
4 lugares	2	2	0	0	2	2

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 7
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según lugar, Institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008
junio 2008

MASCULINO																					
LUGAR				INTITUCION										PRACTICA PROFESIONAL							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
75	100	0	0	30	40	3	4	9	12	1	1	32	43	73	97	0	0	0	0	2	3

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 8
Distribución de las médicas del departamento de Jutiapa según lugar, Institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008
junio 2008

FEMENINO																					
LUGAR				INTITUCION										PRACTICA PROFESIONAL							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
20	95	1	5	11	52	0	0	1	5	0	0	9	45	20	95	0	0	1	5	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 9
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa según lugar, Institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008
junio 2008

Total																					
LUGAR				INTITUCION										PRACTICA PROFESIONAL							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
95	99	1	1	41	42	3	3	10	11	1	1	41	43	93	96	0	0	1	1	3	3

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 10
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según lugar e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Masculino			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Estatal	30	40	0	0
Autónoma	3	4	0	0
Privado	9	12	0	0
ONG	1	1	0	0
No Institucional	32	43	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 11
Distribución de las medicas del departamento de Jutiapa según lugar e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Femenino			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Estatal	10	47	1	5
Autónoma	0	0	0	0
Privado	1	5	0	0
ONG	0	0	0	0
No Institucional	9	43	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 12
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa según lugar e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Total			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Estatal	40	42	1	1
Autónoma	3	3	0	0
Privado	10	10	0	0
ONG	1	1	0	0
No Institucional	41	43	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 13
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según lugar y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio 2008

	Masculino			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Clínico	73	97	0	0
Docencia	0	0	0	0
Investigación	0	0	0	0
Administración	2	3	0	0
Total	75	100	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 14
Distribución de las medicas del departamento de Jutiapa según lugar y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio 2008

	Femenino			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Clínico	19	90	1	5
Docencia	0	0	0	0
Investigación	1	5	0	0
Administración	0	0	0	0
Total	20	95	1	5

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 15
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa según lugar y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio 2008

	Total			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Clínico	92	96	1	1
Docencia	0	0	0	0
Investigación	1	1	0	0
Administración	2	2	0	0
Total	95	99	1	1

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 16
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según la institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008 junio 2008

	Masculino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	28	37	0	0	0	0	2	3
Autónoma	3	4	0	0	0	0	0	0
Privado	9	12	0	0	0	0	0	0
ONG	1	1	0	0	0	0	0	0
No Institucional	32	43	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 17
Distribución de las medicas del departamento de Jutiapa según institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008 junio 2008

	Femenino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	10	48	0	0	1	5	0	0
Autónoma	0	0	0	0	0	0	0	0
Privado	1	5	0	0	0	0	0	0
ONG	0	0	0	0	0	0	0	0
No Institucional	9	42	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 18
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa según la institución donde labora y práctica profesional a la que se dedica, abril 2008 junio 2008

	Total							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	38	40	0	0	1	1	2	2
Autónoma	3	3	0	0	0	0	0	0
Privado	10	10	0	0	0	0	0	0
ONG	1	1	0	0	0	0	0	0
No Institucional	41	43	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 19
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según grado académico y sexo, abril 2008 junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Sólo Licenciatura	39	41	7	7	46	48
Licenciatura de medico y cirujano mas otra Licenciatura (incluyendo estudios de post grado)	36	38	14	14	50	52
Realizando Residencia	1	1	2	2	3	3
Especialización	36	38	11	11	47	49
Sub especialización	6	13	3	6	9	19
Maestría	1	1	0	0	1	1
Doctorado	0	0	0	0	0	0
Pos Doctorado	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 20
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa según Universidad que extendió el título de médico y cirujano según sexo, abril, 2008 junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Universidad San Carlos de Guatemala (USAC)	72	75	20	21	92	96
Universidad Francisco Marroquín (UFM)	1	1	0	0	1	1
Universidad Mariano Galvez (UMG)	0	0	0	0	0	0
Extranjera	2	2	1	1	3	3

Cuadro 21
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según residencias y sexo, abril 2008
junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Ginecología	0	0	1	33	1	33
Medicina Interna	1	33	0	0	1	33
Pediatría	0	0	1	34	1	34

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 22
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según especializaciones y sexo, abril 2008
junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	2	0	0	1	2
Ginecología	10	22	2	4	12	26
Medicina Interna	6	13	2	4	8	17
Pediatría	7	15	4	9	11	24
Cirugía	8	17	0	0	8	17
Dermatología	0	0	1	2	1	2
Traumatología	2	4	0	0	2	4
Otros	2	4	2	4	4	8

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 23
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según especializaciones y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Masculino			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Anestesia	1	3	0	0
Cirugía	8	22	0	0
Ginecología	10	27	0	0
Medicina	6	17	0	0
Otros	2	6	0	0
Pediatría	7	19	0	0
Traumatología	2	6	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 24
Distribución de las medicas del departamento de Jutiapa según especializaciones y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Femenino			
	Urbano		Rural	
	f	*%*	*f*	*%*
Dermatología	1	9	0	0
Ginecología	2	18	0	0
Medicina Interna	2	18	0	0
Otros	2	18	0	0
Pediatría	4	37	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 25
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa según especializaciones y lugar donde labora, abril 2008
junio 2008

	Total			
	Urbano		Rural	
	f	*%*	*f*	*%*
Anestesia	1	2	0	0
Cirugía	8	17	0	0
Dermatología	1	2	0	0
Ginecología	12	26	0	0
Medicina Interna	8	17	0	0
Otros	4	9	0	0
Traumatología	2	4	0	0
Pediatría	11	23	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 26
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según especializaciones e instituciones donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Masculino									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirugía	3	8	0	0	1	3	0	0	4	11
Ginecología	0	0	1	3	4	11	0	0	5	13
Medicina Interna	3	8	0	0	1	3	1	3	1	3
Otros	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3
Pediatría	0	0	1	3	0	0	0	0	6	16
Traumatología	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 27
Distribución de las medicas del departamento de Jutiapa según especializaciones e instituciones donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Femenino									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Dermatología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9
Ginecología	0	0	0	0	0	0	0	0	2	18
Medicina Interna	0	0	0	0	0	0	0	0	2	18
Otros	2	18	0	0	1	9	0	0	0	0
Pediatría	0	0	0	0	0	0	0	0	3	28

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 28
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa según especializaciones e instituciones donde labora, abril 2008
junio 2008

	Total									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirugía	3	6	0	0	1	2	0	0	4	9
Dermatología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Ginecología	0	0	1	2	4	9	0	0	7	16
Medicina Interna	3	6	0	0	1	2	1	2	3	6
Otros	3	6	0	0	0	0	0	0	1	2
Pediatría	0	0	1	2	1	2	0	0	9	20
Traumatología	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 29
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según especialización y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

	Masculino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	3	0	0	0	0	0	0
Cirugía	8	22	0	0	0	0	0	0
Ginecología	10	27	0	0	0	0	0	0
Medicina Interna	6	17	0	0	0	0	0	0
Otros	1	3	0	0	0	0	1	3
Pediatría	7	19	0	0	0	0	0	0
Traumatología	2	6	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 30
Distribución de las medicas del departamento de Jutiapa según especialización y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

	Femenino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Dermatología	1	9	0	0	0	0	0	0
Ginecología	2	18	0	0	0	0	0	0
Medicina Interna	2	18	0	0	0	0	0	0
Otros	1	9	0	0	1	9	0	0
Pediatría	4	37	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 31
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa segun especialización y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

	Total							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	2	0	0	0	0	0	0
Cirugía	8	17	0	0	0	0	0	0
Dermatología	1	2	0	0	0	0	0	0
Ginecología	12	26	0	0	0	0	0	0
Medicina Interna	8	17	0	0	0	0	0	0
Otros	2	4	0	0	1	2	1	2
Pediatría	11	24	0	0	0	0	0	0
Traumatología	2	4	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 32
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según sub especialidades y sexo, abril 2008
junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Neonatología	1	11	0	0	1	11
Neumología	0	0	1	11	1	11
Otros	4	45	2	22	6	67
Radiología	1	11	0	0	1	11

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 33
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según sub especialización y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Masculino			
	Urbano		Rural	
	f	*%*	*f*	*%*
Neonatología	1	17	0	0
Otros	4	66	0	0
Radiología	1	17	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 34
Distribución de las medicas del departamento de Jutiapa según sub especialización y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Femenino			
	Urbano		Rural	
	f	*%*	*f*	*%*
Neumología	1	33	0	0
Otros	2	67	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 35
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa según sub especialización y lugar donde labora, abril 2008
junio 2008

	Total			
	Urbano		Rural	
	f	*%*	*f*	*%*
Neonatología	1	11	0	0
Neumología	0	0	1	11
Otros	4	45	2	22
Radiología	1	11	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 36
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según sub especialización e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Masculino									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Neonatología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17
Otros	0	0	1	17	1	17	0	0	2	32
Radiología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 37
Distribución de las medicas del departamento de Jutiapa según sub especialización e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Femenino									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Neumología	0	0	0	0	1	33	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	2	67

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 38
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa según sub especialización e institución donde labora, abril 2008
junio 2008

	Total									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Neonatología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
Neumología	0	0	0	0	1	11	0	0	0	0
Otros	0	0	1	11	1	11	0	0	4	45
Radiología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 39
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según sub especialización y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

	Masculino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Neonatología	1	17	0	0	0	0	0	0
Otros	4	66	0	0	0	0	0	0
Radiología	1	17	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 40
Distribución de las medicas del departamento de Jutiapa según sub especialización y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

	Femenino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Neumología	1	33	0	0	0	0	0	0
Otros	2	67	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 41
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa según sub especialización y práctica profesional,
abril 2008
junio 2008

Sub Especializaciones	Total							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	*%*	*F*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Neonatología	1	11	0	0	0	0	0	0
Neumología	1	11	0	0	0	0	0	0
Otros	6	67	0	0	0	0	0	0
Radiología	1	11	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 42
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según maestrías y sexo, abril 2008
junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Administración Hospitalaria y Clínica	1	100	0	0	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 43
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según maestrías y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Masculino			
	Urbano		Rural	
	f	*%*	*f*	*%*
Administración Hospitalaria y Clínica	1	100	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 44
Distribución de las medicas del departamento de Jutiapa según maestrías y lugar donde laboran las médicas del departamento de Jutiapa, abril 2008
junio 2008

	Femenino			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Maestría	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 45
Distribución del total de los médicos del departamento de Jutiapa según maestrías y lugar donde labora, abril 2008
junio 2008

	Total			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Administración Hospitalaria y Clínica	1	100	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 46
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según maestrías e institución donde laboran, abril 2008 junio 2008

	Masculino									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria y Clínica	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 47
Distribución de las medicas del departamento de Jutiapa según maestrías e institución donde laboran, abril 2008 junio 2008

	Femenino									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Maestría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 48
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa según maestrías e institución donde labora, abril 2008 junio 2008

	Total									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria y Clínica	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 49
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según maestrías y práctica profesional, abril 2008 junio 2008

	Masculino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria y Clínica	1	100	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 50
Distribución de las medicas del departamento de Jutiapa según maestrías y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

	Femenino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Maestrías	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 51
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa según maestrías y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

	Total							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria y Clínica	1	100	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 52
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según doctorados y sexo, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 53
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según doctorados y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 54
Distribución de las médicas del departamento de Jutiapa según doctorados y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 55
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa según doctorados y lugar donde labora, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 56
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según doctorados e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 57
Distribución de las médicas del departamento de Jutiapa según doctorados e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 58
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa según doctorados e institución donde labora, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 59
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según doctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 60
Distribución de las médicas del departamento de Jutiapa según doctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 61
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa según doctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 62
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según post doctorados y sexo, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 63
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según post doctorados y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 64
Distribución de las médicas del departamento de Jutiapa según post doctorados y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 65
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa según post doctorados y lugar donde labora, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 66
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según post doctorados e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 67
Distribución de las médicas del departamento de Jutiapa según post doctorados e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 68
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa según post doctorados e institución donde labora, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 69
Distribución de los médicos del departamento de Jutiapa según post doctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 70
Distribución de las médicas del departamento de Jutiapa según post doctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 71
Distribución del total de médicos del departamento de Jutiapa según post doctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

5.3. Departamento de Santa Rosa

5.3.1. Monografía

El departamento de Santa Rosa se encuentra situado en la región IV o Sudeste de Guatemala, su cabecera departamental es Cuilapa (conocido como el ombligo de América por encontrarse en el centro del continente). Limita al Norte con los departamentos de Guatemala y Jalapa; al Sur con el Océano Pacífico; al Este con el departamentos de Jutiapa; y al Oeste con el departamento de Escuintla.

Los primeros habitantes de la región en la época prehispánica fueron los Xincas, quienes ocuparon todo el territorio desde la costa del actual departamento hasta las montañas de Jalapa. El señorío Xinca de Santa Rosa, fue el más aguerrido y valiente durante la conquista española en el siglo XVI. El conquistador Pedro de Alvarado los tomó como esclavos para la reducción militar de Cuzcatlán en la actual República de El Salvador. De este hecho se deriva el nombre del pueblo, el río y el puente Los Esclavos, en el municipio de Cuilapa. Hay testimonios de que estos indígenas fueron los primeros esclavos formalmente asignados por los conquistadores en el paraje que actualmente lleva ese nombre.

Con la llegada de los europeos, los indígenas Xincas de otras etnias originarias fueron extinguidos, y los habitantes españoles y criollas, se asentaron en esas tierras fértiles. Por esta razón histórica, en la actualidad la población del departamento es de clara ascendencia mestiza y "ladina vieja", con conexiones muy directas con los primeros hacendados y ganaderos hispanos. Sin embargo, actualmente en algunos municipios como Chiquimulilla y San Juan Tecuaco, existe una tendencia a la inmigración de habitantes de la República de El Salvador.

La vida del departamento se inicia alrededor del pueblo que se llamó Nuestra Señora de los Dolores o de la Candelaria de los Esclavos, el cual en 1570, contaba con un sacerdote. El 21 de agosto de 1573, a solicitud de

Baltazar de Orena, síndico procurador, las autoridades del reino acordaron la construcción del puente de Los Esclavos, que se inició en 1592.

El comercio y la fertilidad de sus tierras llevaron la prosperidad económica a la región que es un importante punto de tránsito comercial, por ser paso obligado de las mercancías que procedían de Honduras y El Salvador.

Durante el período hispánico, la mayor parte del territorio que hoy integra Santa Rosa, correspondió a la alcaldía de Escuintla y Guazacapán. Para 1825 la Asamblea Nacional Constituyente dividió el estado de Guatemala, en siete departamentos: Verapaz, Chiquimula, Guatemala-Escuintla, Suchitepéquez-Sololá, Sacatepéquez-Chimaltenango, Quetzaltenango-Soconusco y Totonicapán-Huehuetenango. El tercero de ellos, Guatemala-Escuintla, integrado por los pueblos de Guatemala, Escuintla y Guazacapán, fue subdividido en siete distritos, entre los que figuraba Guatemala, Escuintla, Mita, Jalpatagua, Guazacapán y Cuajiniquilapa Cuajiniquilapa (Cuilapa), que pasó a ser la cabecera departamental.

Para mejorar la administración, en 1848, el gobierno de Rafael Carrera dividió al departamento de Mita en tres distritos: Jutiapa, Jalapa y Santa Rosa integrándose a éste último con los pueblos de Cuajiniquilapa como cabecera, Chiquimulilla, Guazacapán, Taxisco, Pasaco, Nancinta, Tecuaco, Sinancantan, Ixhuatán, Sacualpa, La Leona, Jumai y Mataquescuintla. Más adelante, por Decreto del 8 de mayo de 1852, se decidió a crear el departamento de Santa Rosa como se encuentra actualmente.

Este departamento posee una extensión territorial de 2955 km² y una población total de 329,433 habitantes ((Proyecciones del Instituto Nacional de Estadística período 2000-2010).

Datos obtenidos de Portal e INGUAT. Guatemala.

5.3.1.1. Datos de Salud

- Tasa de Natalidad general: 26.18 nacidos por 1000 Habitantes
- Tasa de mortalidad general: 4.54 muertes por 1000 Habitantes
- Tasa de Crecimiento Vegetativo: 1.92

Morbilidad General del departamento de Santa Rosa, año 2006

1. Resfriado común
2. Amigdalitis
3. Enfermedad diarreica
4. Anemia
5. Neumonía
6. Otitis media
7. Conjuntivitis
8. Deficiencia nutricional
9. Enfermedad vaginal
10. Asma bronquial

Mortalidad General del departamento de Santa Rosa, año 2006:

1. Neumonía/ bronconeumonía
2. Tumores varios
3. Paro cardiaco
4. Infarto agudo de miocardio
5. Enfermedad diarreica
6. Accidente cerebro vascular
7. Insuficiencia cardiaca congestiva
8. Senilidad
9. Desnutrición proteico-calórica
10. Homicidio (arma de fuego, arma blanca).

Datos proporcionados por Jefatura de Área de Salud, departamento de Santa Rosa, abril 2008. (Ver base de memorias de labores, consolidado 2006)

5.3.1.2. Croquis

Imágenes proporcionadas por GEOSITEC Ver pag. Web www.geositec.com

5.3.2. Presentación de Resultados

Para la recolección de datos en el departamento de Santa Rosa se utilizó la estrategia de "barrido". Se inicio la recolección en el municipio Barberena ya que es el mas cercano a la cuidad capital. Se ubicó hospitales y sanatorios del departamento, ya que allí se encuentra la mayor cantidad de médicos. Luego se ubicó clínicas privadas y de tipo no institucional, la mayoría de estas eran atendidas en horarios específicos por lo que se tuvo que regresar mas de tres veces a fin de captar a los médicos. Al terminar Barberena, se visitó los municipios ubicados al norte, Santa Rosa de Lima, Casillas, Santa cruz Naranjo, Nueva Santa Rosa y San Rafael las Flores. En estos municipios se ubicó primero el Centro de Salud y luego, sanatorios, ONG y clínicas no institucionales. La recolección de datos de este sector se realizó en tres días, y al regresar se visitó el municipio de Pueblo Nuevo Viñas.

La segunda visista se realizo en la cabecera departamental de Santa Rosa, Cuilapa. Se ubicó el Hospital Regional, se habló con el director de docencia y se inicio el trámite para tener acceso a realizar las entrevistas dentro del hospital. Se visitó instituciones como el Cetro de Salud, IGSS, AFROFAM, Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF), a los cuales se tuvo fácil acceso. Al terminar, se visitó clínicas no institucionales y ONG's. Dos semanas después dieron la autorización para acceder al Hospital Regional, por lo que en dos días se entrevistó a todos los médicos que laboran en dicha institución.

La tercera visita a Santa Rosa se realizó en los municipios de Chiquimulilla, Santa Maria Ixhuatan, Oratorio y San Juan Tecuaco. Se utilizó la misma estrategia. En Chiquimulilla se encontró la mayor cantidad de médicos por lo que tomó un día entero obtener los datos de este municipio. La última visita se realizo a los municipios de Taxisco y Guazacapán. La recolección de datos se realizo en un total de 3 semanas.

Cuadro 1
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según edad y sexo, abril 2008
junio 2008

Grupos de Edad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
< 30	18	13	8	6	26	19
31-40	24	17	21	15	45	32
41-50	33	23	8	6	41	29
51-60	24	17	2	1	26	18
61-70	2	1	0	0	2	1
71-80	1	1	0	0	1	1
> 81	0	0	0	0	0	0
Total	102	72	39	28	141	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 2
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según estado conyugal y sexo, abril 2008
junio 2008

Grupos de Edad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Solteros	18	13	19	13	37	26
Unidos	0	0	2	1	2	1
Casados	78	55	18	13	96	68
Divorciados	5	4	0	0	5	4
Separados	1	1	0	0	1	1
Viudos	0	0	0	0	0	0
Total	102	73	39	27	141	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 3
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según localización de residencia y sexo, abril 2008
junio 2008

Localización de Residencia	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Urbano	95	67	36	26	131	93
Rural	7	5	3	2	10	7

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 4
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa que laboran o no laboran como médicos según sexo, abril 2008
junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Laboran como médicos	99	70	38	27	137	97
No Laboran como médicos	3	2	1	1	4	3

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 5
Distribución de médicos del departamento de Santa Rosa con otra profesión u oficio según sexo, abril 2008
junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Profesión 1	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 6
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según número de lugares en los que laboran y sexo, abril 2008
junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
1 lugar	54	39	24	18	78	57
2 lugares	34	25	11	8	45	33
3 lugares	7	5	2	1	9	6
4 lugares	3	2	1	1	4	3
5 lugares	0	0	0	0	0	0
6 lugares	1	1	0	0	1	1

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 7
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según lugar, Institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008
junio 2008

MASCULINO																					
LUGAR				INTITUCION										PRACTICA PROFESIONAL							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*F*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
95	96	4	4	42	42	3	3	13	13	3	3	38	39	96	97	1	1	0	0	2	2

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 8
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa según lugar, institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008
junio 2008

FEMENINO																					
LUGAR				INTITUCION										PRACTICA PROFESIONAL							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
38	100	0	0	31	81	1	3	0	0	0	0	6	16	33	86	3	8	1	3	1	3

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 9
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según lugar, institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008
junio 2008

Total																					
LUGAR				INTITUCION										PRACTICA PROFESIONAL							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
133	97	4	3	73	53	4	3	13	9	3	2	44	33	129	94	4	3	1	1	3	2

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 10
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según lugar e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Masculino			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Estatal	41	41	1	1
Autónoma	3	3	0	0
Privado	12	12	1	1
ONG	1	1	2	2
No Institucional	38	39	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 11
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa según el lugar e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

	Femenino			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Estatal	31	81	0	0
Autónoma	1	3	0	0
Privado	0	0	0	0
ONG	0	0	0	0
No Institucional	6	16	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 12
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según lugar e institución donde labora, abril 2008
junio 2008

	Total			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Estatal	72	52	1	1
Autónoma	4	3	0	0
Privado	12	9	1	1
ONG	1	1	2	1
No Institucional	44	32	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 13
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según lugar y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio 2008

	Masculino			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Clínico	92	93	4	4
Docencia	1	1	0	0
Investigación	0	0	0	0
Administración	2	2	0	0
Total	95	96	0	4

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 14
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa según lugar y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio 2008

	Femenino			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Clínico	33	87	0	0
Docencia	3	7	0	0
Investigación	1	3	0	0
Administración	1	3	0	0
Total	38	100	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 15
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según lugar y práctica profesional a la que se dedica, abril 2008
junio 2008

	Total			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Clínico	125	91	4	3
Docencia	4	3	0	0
Investigación	1	1	0	0
Administración	3	2	0	0
Total	133	97	4	3

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 16
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008 junio 2008

	Masculino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	39	40	1	1	0	0	2	2
Autónoma	3	3	0	0	0	0	0	0
Privado	13	13	0	0	0	0	0	0
ONG	3	3	0	0	0	0	0	0
No Institucional	38	38	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 17
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa según institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008 junio 2008

	Femenino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	26	67	3	8	1	3	1	3
Autónoma	1	3	0	0	0	0	0	0
Privado	0	0	0	0	0	0	0	0
ONG	0	0	0	0	0	0	0	0
No Institucional	6	16	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 18
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según institución donde labora y práctica profesional a la que se dedica, abril 2008 junio 2008

	Total							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Estatal	65	46	4	3	1	1	3	2
Autónoma	4	3	0	0	0	0	0	0
Privado	13	10	0	0	0	0	0	0
ONG	3	3	0	0	0	0	0	0
No Institucional	44	32	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 19
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según grado académico y sexo, abril 2008 junio 2008

	Masculino		Femenino		TOTAL	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Sólo Licenciatura	29	21	7	5	36	26
Licenciatura de médico y cirujano mas otra Licenciatura (incluyendo estudios de postgrado)	73	52	32	23	105	74
Realizando Residencia	24	18	15	11	39	29
Especialización	38	28	12	9	50	37
Sub especialización	11	22	1	2	12	24
Maestría	7	5	4	3	11	8
Doctorado	0	0	0	0	0	0
Pos Doctorado	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 20
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según Universidad que extendió el título de médico y cirujano y sexo, abril 2008 junio 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Universidad San Carlos De Guatemala (USAC)	101	72	39	28	140	99
Universidad Francisco Marroquín (UFM)	1	1	0	0	1	1
Universidad Mariano Gálvez (UMG)	0	0	0	0	0	0
EXTRANJERA	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 21
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según residencias y sexo, abril 2008 junio 2008

Residencia	Masculino		Femenino		Total	
	f	*%*	*f*		*f*	*%*
Cirugía General	12	31	1	2	12	33
Ginecología y Obstetricia	4	10	3	8	7	18
Medicina Interna	5	13	5	13	10	26
Pediatría	3	8	6	15	9	23

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 22
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según especializaciones y sexo, abril 2008
junio 2008

Especializaciones	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	0	0	2	4	2	4
Cirugía General	8	16	0	0	8	16
Dermatología	0	0	1	2	1	2
Ginecología y Obstetricia	9	18	2	4	11	22
Medicina Interna	6	12	4	8	10	20
Otros	4	8	0	0	4	8
Pediatría	7	14	1	2	8	16
Psiquiatría	1	2	0	0	1	2
Radiología e Imágenes Diagnosticas	1	2	0	0	1	2
Traumatología y Ortopedia	2	4	2	4	4	8

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 23
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según especializaciones y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

Especialización	Masculino			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Anestesiología	0	0	0	0
Cirugía General	8	21	0	0
Dermatología	0	0	0	0
Ginecología y Obstetricia	9	23	0	0
Medicina Interna	6	16	0	0
Otros	4	11	0	0
Pediatría	7	18	0	0
Psiquiatría	1	3	0	0
Radiología e Imágenes Diagnosticas	1	3	0	0
Traumatología y Ortopedia	2	5	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 24
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa según especializaciones y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

Especialización	Femenino			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Anestesiología	2	17	0	0
Cirugía General	0	0	0	0
Dermatología	1	8	0	0
Ginecología y Obstetricia	2	17	0	0
Medicina Interna	4	33	0	0
Otros	0	0	0	0
Pediatría	1	8	0	0
Psiquiatría	0	0	0	0
Radiología e Imágenes Diagnosticas	0	0	0	0
Traumatología y Ortopedia	2	17	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 25
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según especialización y lugar donde labora abril 2008
junio 2008

Especialización	Total			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Anestesiología	2	4	0	0
Cirugía General	8	16	0	0
Dermatología	1	2	0	0
Ginecología y Obstetricia	11	22	0	0
Medicina Interna	10	20	0	0
Otros	4	8	0	0
Pediatría	8	16	0	0
Psiquiatría	1	2	0	0
Radiología e Imágenes Diagnosticas	1	2	0	0
Traumatología y Ortopedia	4	8	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 26
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según especialización e institución donde laboran,
abril 2008
junio 2008

Especializaciones	Masculino									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirugía General	3	8	0	0	2	5	0	0	3	8
Dermatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ginecología y Obstetricia	1	3	0	0	2	5	0	0	6	16
Medicina Interna	1	3	1	3	2	5	0	0	2	5
Otros	4	11	0	0	0	0	0	0	0	0
Pediatría	0	0	1		2	5	0	0	4	11
Psiquiatría	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Radiología e Imágenes Diagnosticas	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Traumatología y Ortopedia	1	3	0	0	1	3	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 27
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa según especialización e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

Especializaciones	Femenino									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	2	17	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirugía General	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dermatología	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0
Ginecología y Obstetricia	1	8	0	0	0	0	0	0	1	8
Medicina Interna	3	26	0	0	0	0	0	0	1	8
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pediatría	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0
Psiquiatría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Radiología e Imágenes Diagnosticas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Traumatología y Ortopedia	2	17	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 28
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según especialización e institución donde labora,
abril 2008
junio 2008

Especializaciones	TOTAL									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirugía General	3	6	0	0	2	4	0	0	3	6
Dermatología	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Ginecología y Obstetricia	2	4	0	0	2	4	0	0	7	14
Medicina Interna	4	8	1	2	2	4	0	0	3	6
Otros	4	8	0	0	0	0	0	0	0	0
Pediatría	1	2	1	2	2	4	0	0	4	8
Psiquiatría	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Radiología e Imágenes Diagnosticas	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Traumatología y Ortopedia	3	6	0	0	1	2	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 29
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según especialización y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

Especializaciones	Masculino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirugía General	7	18	1	3	0	0	0	0
Dermatología	0	0	0	0	0	0	0	0
Ginecología y Obstetricia	9	24	0	0	0	0	0	0
Medicina Interna	6	16	0	0	0	0	0	0
Otros	2	5	0	0	0	0	2	5
Pediatría	7	18	0	0	0	0	0	0
Psiquiatría	1	3	0	0	0	0	0	0
Radiología e Imágenes Diagnosticas	1	3	0	0	0	0	0	0
Traumatología y Ortopedia	2	5	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 30
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa según especialización y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

Especializaciones	Femenino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	2	17	0	0	0	0	0	0
Cirugía General	0	0	0	0	0	0	0	0
Dermatología	0	0	0	0	1	8	0	0
Ginecología y Obstetricia	2	17	0	0	0	0	0	0
Medicina Interna	2	17	2	17	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0
Pediatría	0	0	0	0	0	0	1	8
Psiquiatría	0	0	0	0	0	0	0	0
Radiología e Imágenes Diagnosticas	0	0	0	0	0	0	0	0
Traumatología y Ortopedia	1	8	1	8	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 31
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según especialización y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

Especializaciones	TOTAL							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	2	4	0	0	0	0	0	0
Cirugía General	7	14	1	2	0	0	0	0
Dermatología	0	0	0	0	1	2	0	0
Ginecología y Obstetricia	11	22	0	0	0	0	0	0
Medicina Interna	8	16	2	4	0	0	0	0
Otros	2	4	0	0	0	0	2	4
Pediatría	7	14	0	0	0	0	1	2
Psiquiatría	1	2	0	0	0	0	0	0
Radiología e Imágenes Diagnosticas	1	2	0	0	0	0	0	0
Traumatología y Ortopedia	3	6	1	2	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 32
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según sub especialidades y sexo abril 2008
junio 2008

Sub especializaciones	Masculino		Femenino		TOTAL	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Pediátrica	1	8	0	0	1	8
Dermatología	0	0	1	8	1	8
Gastroenterología	1	8	0	0	1	8
Infectología	2	18	0	0	2	18
Infertilidad	1	8	0	0	1	8
Neurocirugía	1	8	0	0	1	8
Neurología	1	8	0	0	1	8
Oncología y Radioterapia	1	8	0	0	1	8
Otros	3	26	0	0	3	26

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 33
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según sub especialización y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

Sub Especializaciones	Masculino			
	Urbano		Rural	
	f	*%*	*f*	*%*
Cirugía Pediátrica	1	9	0	0
Dermatología	0	0	0	0
Gastroenterología	1	9	0	0
Infectología	2	18	0	0
Infertilidad	1	9	0	0
Neurocirugía	1	9	0	0
Neurología	1	9	0	0
Oncología y Radioterapia	1	9	0	0
Otros	3	28	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 34
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa según sub especialización y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

Sub especializaciones	Femenino			
	Urbano		Rural	
	f	*%*	*f*	*%*
Cirugía Pediátrica	0	0	0	0
Dermatología	1	100	0	0
Gastroenterología	0	0	0	0
Infectología	0	0	0	0
Infertilidad	0	0	0	0
Neurocirugía	0	0	0	0
Neurología	0	0	0	0
Oncología y Radioterapia	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 35
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según sub especialización y lugar donde labora, abril 2008
junio 2008

Sub especializaciones	Total			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Cirugía Pediátrica	1	8	0	0
Dermatología	1	8	0	0
Gastroenterología	1	8	0	0
Infectología	2	18	0	0
Infertilidad	1	8	0	0
Neurocirugía	1	8	0	0
Neurología	1	8	0	0
Oncología y Radioterapia	1	8	0	0
Otros	3	26	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 36
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según sub especialización e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

Sub especialización	Masculino									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9
Dermatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gastroenterología	0	0	0	0	1	9	0	0	0	0
Infectología	1	9	0	0	0	0	0	0	1	9
Infertilidad	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9
Neurocirugía	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0
Neurología	0	0	1	9	0	0	0	0	0	0
Oncología y Radioterapia	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	3	28

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 37
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa según sub especialización e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

Sub especialización	Femenino									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dermatología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
Gastroenterología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infectología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infertilidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neurocirugía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neurología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oncología y Radioterapia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 38
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según sub especialización e institución donde labora,
abril 2008
junio 2008

Sub especialización	Total									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8
Dermatología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8
Gastroenterología	0	0	0	0	1	8	0	0	0	0
Infectología	1	8	0	0	0	0	0	0	1	8
Infertilidad	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8
Neurocirugía	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0
Neurología	0	0	1	8	0	0	0	0	0	0
Oncología y Radioterapia	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	3	28

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 39
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según sub especialización y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

Sub especialización	Masculino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Pediátrica	1	9	0	0	0	0	0	0
Dermatología	0	0	0	0	0	0	0	0
Gastroenterología	1	9	0	0	0	0	0	0
Infectología	2	18	0	0	0	0	0	0
Infertilidad	1	9	0	0	0	0	0	0
Neurocirugía	1	9	0	0	0	0	0	0
Neurología	1	9	0	0	0	0	0	0
Oncología y Radioterapia	1	9	0	0	0	0	0	0
Otros	3	8	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 40
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa según sub especialización y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

Sub especialización	Femenino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0
Dermatología	1	100	0	0	0	0	0	0
Gastroenterología	0	0	0	0	0	0	0	0
Infectología	0	0	0	0	0	0	0	0
Infertilidad	0	0	0	0	0	0	0	0
Neurocirugía	0	0	0	0	0	0	0	0
Neurología	0	0	0	0	0	0	0	0
Oncología y Radioterapia	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 41
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según sub especialización y práctica profesional,
abril 2008
junio 2008

Sub Especializaciones	Total							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Pediátrica	1	8	0	0	0	0	0	0
Dermatología	1	8	0	0	0	0	0	0
Gastroenterología	1	8	0	0	0	0	0	0
Infectología	2	17	0	0	0	0	0	0
Infertilidad	1	8	0	0	0	0	0	0
Neurocirugía	1	8	0	0	0	0	0	0
Neurología	1	8	0	0	0	0	0	0
Oncología y Radioterapia	1	8	0	0	0	0	0	0
Otros	3	27	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 42
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según maestría y sexo, abril 2008
junio 2008

Maestría	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria	0	0	1	9	1	9
Epidemiología	0	0	3	29	3	29
Homotoxicología	1	9	0	0	1	9
Medicina Forense	2	17	0	0	2	17
Medicina Ocupacional	1	9	0	0	1	9
Psicología Clínica	1	9	0	0	1	9
Salud Pública	1	9	0	0	1	9
Salud Pública y Enfermedades Tropicales	1	9	0	0	1	9

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 43
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según maestría y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

Maestría	Masculino			
	Urbano		Rural	
	f	*%*	*f*	*%*
Administración Hospitalaria	0	0	0	0
Epidemiología	0	0	0	0
Homotoxicología	1	14	0	0
Medicina Forense	2	30	0	0
Medicina Ocupacional	1	14	0	0
Psicología Clínica	1	14	0	0
Salud Pública	1	14	0	0
Salud Pública y Enfermedades Tropicales	1	14	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 44
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa según maestría y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

maestría	Femenino			
	Urbano		Rural	
	f	*%*	*f*	*%*
Administración Hospitalaria	1	25	0	0
Epidemiología	3	75	0	0
Homotoxicología	0	0	0	0
Medicina Forense	0	0	0	0
Medicina Ocupacional	0	0	0	0
Psicología Clínica	0	0	0	0
Salud Pública	0	0	0	0
Salud Pública y Enfermedades Tropicales	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 45
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según maestría y lugar donde labora, abril 2008
junio 2008

maestría	Total			
	Urbano		Rural	
	f	%	*f*	%
Administración Hospitalaria	1	9	0	0
Epidemiología	3	29	0	0
Homotoxicología	1	9	0	0
Medicina Forense	2	17	0	0
Medicina Ocupacional	1	9	0	0
Psicología Clínica	1	9	0	0
Salud Pública	1	9	0	0
Salud Pública y Enfermedades Tropicales	1	9	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 46
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según maestría e institución donde laboran, abril 2008 junio 2008

Maestría	Masculino									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Epidemiología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Homotoxicología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14
Medicina Forense	2	30	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina Ocupacional	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14
Psicología Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14
Salud Pública	1	14	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud Pública y Enfermedades Tropicales	1	14	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 47
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa según maestría e institución donde laboran, abril 2008 junio 2008

Maestría	Femenino									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0
Epidemiología	3	75	0	0	0	0	0	0	0	0
Homotoxicología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina Forense	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina Ocupacional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psicología Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud Pública	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud Pública y Enfermedades Tropicales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 48
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según maestría e institución donde labora, abril 2008 junio 2008

Maestría	Total									
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0
Epidemiología	3	29	0	0	0	0	0	0	0	0
Homotoxicología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9
Medicina Forense	2	17	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina Ocupacional	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9
Psicología Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9
Salud Pública	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud Pública y Enfermedades Tropicales	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 49
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según maestría y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

Maestrías	Masculino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria	0	0	0	0	0	0	0	0
Epidemiología	0	0	0	0	0	0	0	0
Homotoxicología	1	14	0	0	0	0	0	0
Medicina Forense	2	30	0	0	0	0	0	0
Medicina Ocupacional	1	14	0	0	0	0	0	0
Psicología Clínica	1	14	0	0	0	0	0	0
Salud Pública	1	14	0	0	0	0	0	0
Salud Pública y Enfermedades Tropicales	1	14	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 50
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa según maestría y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

Maestrías	Femenino							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria	0	0	0	0	0	0	1	25
Epidemiología	2	50	0	0	1	25	0	0
Homotoxicología	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina Forense	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina Ocupacional	0	0	0	0	0	0	0	0
Psicología Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud Pública	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud Pública y Enfermedades Tropicales	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 51
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según maestría y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

Maestrías	Total							
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Administración Hospitalaria	0	0	0	0	0	0	1	9
Epidemiología	2	18	0	0	1	9	0	0
Homotoxicología	1	9	0	0	0	0	0	0
Medicina Forense	2	18	0	0	0	0	0	0
Medicina Ocupacional	1	9	0	0	0	0	0	0
Psicología Clínica	1	9	0	0	0	0	0	0
Salud Pública	1	9	0	0	0	0	0	0
Salud Pública y Enfermedades Tropicales	1	9	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 52
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según doctorados y sexo, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 53
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según doctorados y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 54
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa según doctorados y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 55
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según doctorados y lugar donde labora, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 56
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según doctorados e institución donde labora, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 57
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa según doctorados e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 58
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según doctorados e institución donde labora, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 59
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según doctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 60
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa según doctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 61
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según doctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 62
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según post doctorados y sexo, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 63
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según post doctorados y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 64
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa Post según doctorados y lugar donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 65
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según post doctorados y lugar donde labora, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 66
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según post doctorados e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 67
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa según post doctorados e institución donde laboran, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 68
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según post doctorados e institución donde labora, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 69
Distribución de los médicos del departamento de Santa Rosa según post doctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 70
Distribución de las médicas del departamento de Santa Rosa según post doctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

Cuadro 71
Distribución del total de médicos del departamento de Santa Rosa según post doctorados y práctica profesional, abril 2008
junio 2008

No se encontraron datos

6. DISCUSION

6. 1. Departamento de Jalapa

El número total de médicos encontrado en este departamento al momento del estudio fue de 78 médicos. El departamento de Jalapa posee una tasa de médicos de 2 por 10,000 habitantes, esto representa una distribución de 1 médico por cada 3,768 habitantes. Hay 1 médico por cada 26 km^2. Esta situación, según se expuso en el marco teórico corresponde a países en vías de desarrollo, y en especial a áreas rurales, poniendo en evidencia la escasez de personal de salud y la desigualdad en su distribución. (89), (106).

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad (cuadro 1), se encontró que 77% de médicos son del sexo masculino y 23% del femenino. Lo anterior puede corresponder a distintas causas, pero principalmente, está en relación a un sistema tradicionalmente machista, el cual solía excluir a las mujeres de la práctica de la medicina. Existe una relación de masculinidad de 3:1, lo que indica una exclusión de los médicos de sexo femenino en el departamento; probablemente por falta de oportunidades y posiciones laborales específicas. (81)

En materia de oportunidades la política de la OMS toma en cuenta la equidad de género con una distribución de beneficios y responsabilidades tanto para hombres como para mujeres. (80,82) Pareciera que esto no se cumple en el departamento ya que se observa una desigual distribución por sexo. Si bien en la actualidad, hay mayor número de mujeres que son egresadas de las facultades de medicina, llevará algunos años antes que el número de profesionales se logre equilibrar. (75)

El 96% de los médicos, se sitúa en las edades comprendidas entre los 31 y los 60 años, este fenómeno se observa tanto para el sexo femenino (100%), como para el sexo masculino (95%). Llama la atención que la mayoría de médicos se concentra en la edad adulta media.

En cuanto al estado conyugal de los médicos (cuadro 2), se encontró que 83%, está casado, 13 % soltero y 4% divorciado. Este predominio de médicos casados es válido tanto para el sexo masculino con un 85%, como para el femenino con el 77%.

El 100% de los médicos reside en área urbana (cuadro 3) sin observarse diferencia entre ambos sexos. Esto denota que el médico tiende a buscar ciertas comodidades, disponibilidad de bienes y facilidades que no puede encontrar en el área rural, así como la accesibilidad, la oportunidad de trabajos; y como lo refiere el marco teórico una de los factores de mayor peso es el acceso a la educación y desarrollo de los hijos. (28) Todo esto puede explicar esa tendencia a residir en el área urbana.

Se encontró que 100% de los médicos del departamento, labora únicamente como médico y cirujano (cuadro 4 y 5). Esto es muy importante, ya que implica, entre otras cosas, que hay campo en el ámbito de la medicina en este departamento, para emplear a la totalidad de los médicos. Además puede implicar que los médicos están satisfechos con la actividad a la que se dedican, y que logran un ingreso adecuado para satisfacer sus necesidades, sin tener la necesidad de emplearse en otra rama laboral. En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos (cuadro 6), se encontró que 54% labora en 2 lugares. El mismo fenómeno se observó en el sexo masculino y femenino. Así mismo se encontró 30% que labora en 1 lugar y 15% labora en más de 2 lugares. Solamente 1% labora en más de 3 lugares.

En cuanto a la distribución de los médicos según lugar, institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran (cuadros 7, 8 y 9), se encontró que 87% de médicos labora en área urbana, y 13% labora en área rural. Así mismo, 55% de los médicos labora prioritariamente en entidad no institucional, es decir en clínica particular, seguido de 22% cuya prioridad laboral es una institución estatal y por último pequeños grupos que laboran en ONGs con 13%, instituciones privadas con 5% e instituciones autónomas con 5%. El 91% de los médicos se desempeña profesionalmente en área clínica, 8% en área administrativa y solamente 1 médico, refirió desempeñarse en el área de investigación. Ninguno de los profesionales se desempeña en el área docente. La distribución fue similar tanto para el colectivo de los médicos así como para los grupos masculino y femenino, por separado.

Según el lugar donde laboran los médicos, se encontró que el tipo de institución donde desempeñan su labor prioritariamente (cuadros 10, 11 y 12), son las entidades no institucionales (clínicas particulares) las cuales concentran a el 55%

de médicos en el área urbana, seguido por las instituciones estatales con 21%. Por su parte, son las ONGs, las instituciones que mayor número de profesionales concentran en el área rural, siendo estos 12%.

En cuanto al número de lugares en los que los médicos laboran, la mayoría ejerce en más de un lugar. Llama la atención que casi siempre se combina la clínica particular con una relación laboral con dependencias estatales o bien, ONGs. Esta situación se debe a varias razones. En primer lugar el médico busca un ingreso seguro y constante, el cual es brindado por una relación laboral de dependencia, ya que la práctica privada no logra otorgar esta estabilidad laboral. Además la mayoría de los médicos busca complementar los ingresos que obtienen de la práctica privada, con alguna otra fuente, ya que la primera, no siempre satisface sus expectativas económicas en su totalidad. Son pocos los médicos que se dedican exclusivamente a la práctica privada, y estos pocos son especialistas con muchos años de trayectoria, lo cual les permite un ingreso económico adecuado y satisfacción profesional, con solo realizar su práctica privada. Algunos otros médicos guardan relación con instituciones como una oportunidad para mantenerse actualizados, o bien como una retribución a la sociedad. Un grupo aun menor incursiona en la práctica institucional, por ambiciones puramente profesionales, y en algunos casos ambiciones políticas. Lo anterior es mencionado en el marco teórico como “pluriempleo” (5, 111), lo cual constituye un problema ya que se tiende a descuidar uno de los empleos, dependiendo de las prioridades del profesional.

Llama la atención que el promedio de empleos por médico es 2. El hecho de poder estar vinculado a varios empleos, también es una muestra de la flexibilidad de horario que el médico posee, lo cual le permite manejar varias actividades a la vez, sin embargo existen profesionales en relación laboral de dependencia con un horario establecido, el cual a menudo es incumplido por atender las responsabilidades de las otras actividades laborales a las que se dedica. Esta situación se da en su mayoría en el ámbito estatal, y es precisamente a esta actividad a la que más tiempo se le resta en beneficio de las otras.

En cuanto a la distribución del lugar donde laboran los médicos de este departamento, en relación a la práctica profesional a la que se dedican (cuadros 13, 14 y 15), se encontró que 81% de médicos se dedica principalmente a la práctica clínica y se concentra en área urbana, 5% se dedica a labores

administrativas. En el área rural, también predomina la práctica clínica con 10%, seguida de la administración.

En cuanto a la distribución del tipo de institución donde laboran los médicos, en relación a la práctica profesional a la que se dedican (cuadros 16,17 y 18), se encontró que 55% de los médicos se dedica a clínica y labora en una dependencia no institucional, es decir en clínica particular, 17% labora en instituciones estatales. Vale la pena mencionar que son las instituciones estatales, las que conglomeran mayor número de profesionales que se desempeñaban en el ámbito administrativo siendo ellos 8%.

Todos los médicos se dedican a la práctica clínica, y un número a actividades exclusivamente administrativas. Llama la atención que no se encontró ningún médico laborando en el área de la docencia, y fue limitado lo concerniente al campo de la investigación.

El hecho que los médicos se dedica sobre todo a la práctica clínica se relaciona con el predominio de la práctica privada sobre todas las demás, ya que en este ámbito lo que se espera del médico es un servicio puramente médico-asistencial. Lo mismo ocurre a nivel estatal. Los casos de médicos desempeñando labores administrativas se limitan a ciertas plazas gerenciales que son ocupadas por médicos, tal es el caso de los que laboran en el área de salud, ONGs y Hospital Nacional. Es oportuno mencionar que es el Estado, el que mayor número de médicos dedicados a actividades administrativas posee.

Otro factor que determina este fenómeno, es la orientación laboral impuesta a lo largo de los años de formación del médico, la cual es eminentemente dirigida hacia la práctica clínica, y tiene muy escaso enfoque hacia otras áreas como lo es la administración, docencia, etc. En cuanto a la docencia, es congruente no encontrar ningún profesional dedicado a esta materia, ya que no existe ninguna institución formativa, como extensiones de las Facultades de Medicina de las Universidades, donde se requiere algún tipo de docencia en el campo de la medicina. Sin embargo, el médico podría tener un aporte docente en las áreas de medicina legal de la Facultad de Derecho, capacitando a los peritos del INACIF, o bien en la Escuela de Psicología, entidades las cuales tienen sede en la cabecera de este departamento.

Según la distribución del grado académico de los médicos del departamento de Jalapa (cuadro 19), se encontró que 69% de los médicos posee estudios de postgrado aparte de la licenciatura de médico y cirujano. Esto fue válido tanto para el sexo femenino, como para el sexo masculino. De estos médicos, 68% posee estudios de especialización, seguidos por 20% de médicos con estudios de maestría y luego por 7% de médicos realizando residencia. Cabe resaltar que solo se encontró 2 médicos con estudios de sub especialización. No se encontraron médicos con doctorados o post doctorados. Lo anterior fue válido para ambos sexos. Así mismo, no se encontró mujeres realizando estudios de residencia en este departamento.

Se encontró que 97% de los médicos son egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, situación válida para ambos sexos. Se encontró 3 médicos egresados de una universidad extranjera. Esto denota el importante aporte de profesionales en el campo de la medicina que la Universidad de San Carlos de Guatemala realiza a toda la República incluyendo el área departamental.

En cuanto a la distribución de las residencias que se realizaban en el departamento al momento del estudio (cuadro 21), se encontró un profesional para cada una de las siguientes áreas: medicina interna, cirugía, traumatología y pediatría. No se logró ubicar al residente de ginecología y obstetricia, ni se encontró ninguna mujer realizando residencia.

Otro hallazgo importante, fue encontrar que la mayoría de los médicos en este departamento, posee estudios de postgrado, de éstos, la mayoría es especialista, seguidos por profesionales con maestría, un escaso grupo se encuentra realizando estudios de especialización y muy pocos tienen el grado de subespecialistas. Lo anterior denota la tendencia de los médicos a la especialización, así como la demanda de la población hacia la disponibilidad de médicos especialistas, por lo que los municipios se han tornado un campo atractivo para estos, frente a un medio saturado, en la ciudad. Llama la atención que no solo los hombres están especializados, sino que sus colegas femeninas también muestran importante tendencia a continuar su preparación después de la licenciatura.

En el departamento hay médicos realizando estudios de especialización, y esto se debe a que el Hospital Nacional recibe residentes de último año en las especialidades de cirugía, ginecología, pediatría, medicina interna y traumatología. El número de subespecialistas fue escaso, y todos son cirujanos con subespecialidad en video laparoscopia. Pareciera aun no haber suficiente campo para albergar subespecialistas en este departamento, ni interés por parte de los profesionales en establecerse aquí. Es importante resaltar que existen subespecialistas radicados en la ciudad o en otros departamentos, que realizan visitas semanales al departamento de Jalapa, previa cita, lo cual insinúa que están empezando a generarse oportunidades de trabajo para los subespecialistas en este municipio.

No se encontró profesionales con grado de doctorado o postdoctorado, probablemente lo anterior pueda explicarse por lo ya descrito en relación a las subespecialidades. Éstos profesionales estarían sobrecalificados para la demanda laboral en este departamento.

Según la distribución de las especialidades (cuadro 22), se encontró que existe mayor número de ginecobstetras siendo ellos el 24% de los especialistas, seguidos por cirujanos y pediatras con 22% ambos, radiólogos y traumatólogos, cada uno con 11%, internistas y anestesiólogos con 5% ambos. Cabe mencionar que la mayor proporción de especialistas del sexo masculino son cirujanos, siendo ellos 28% y que la mayoría de especialistas del sexo femenino son ginecobstetras siendo ellas 43%.

En cuanto a la distribución del lugar donde laboran los médicos en relación a su especialización (cuadros 23,24 y 25), se encontró que 97% labora en área urbana, situación válida para ambos sexos, lo cual se debe probablemente a que en el área rural aún no existe la capacidad adquisitiva de la población para poder acceder a la consulta privada del especialista, lo anterior también se debe a que en el área rural las personas cuando tienen una necesidad en salud que requiere manejo por un especialista pueden ser referidas al hospital nacional donde encuentran este tipo de atención de forma gratuita.

Según el tipo de institución donde laboran los médicos, en relación a su especialización (cuadros 26,27 y 28), se encontró que 70% de especialistas labora prioritariamente en el ámbito no institucional, seguido de 17% que

labora en instituciones estatales, 6% en instituciones autónomas, 6% en instituciones privadas y 1 especialista que labora en una ONG. El comportamiento fue similar para ambos sexos.

En cuanto a la distribución de la práctica profesional de los médicos de este departamento en relación a su especialidad (cuadros 29,30 y 31), se encontró que 89% de especialistas se dedica a la clínica, y se encontró que 9%, todos del sexo masculino, se dedican a la administración. No se encontró ninguna especialista del sexo femenino que se dedique a la administración, ni se encontró ningún especialista de cualquier sexo que se dedique a la docencia o a la investigación. Esto último también se relaciona con la escasa remuneración que la docencia y la investigación tienen en nuestro medio, y sobre todo a nivel departamental.

En lo que a la distribución de los subespecialistas respecta (cuadros 32 al 41), se encontró que solamente existen 2 subespecialistas en este departamento, y ambos de sexo masculino, no se encontró subespecialistas femeninas. Ambos subespecialistas laboran en área urbana, en el ámbito no institucional prioritariamente y su práctica profesional es eminentemente clínica.

En cuanto a la distribución de las maestrías de los médicos de este departamento (cuadro 42), se encontró que hay 20% de médicos que refieren tener estudios de maestría, de los cuales solamente 2 pertenecen al sexo femenino . Se encontró profesionales con maestría en las siguientes áreas: administración hospitalaria, administración pública, criminología y medicina forense, epidemiología, oftalmología, psicología clínica y salud pública.

La totalidad de profesionales con grado de maestría labora en área urbana (cuadros 43,44 y 45). El 54% de estos profesionales se desempeñan en instituciones estatales, seguidos por 45% que laboran en el medio no institucional. No se encontró profesionales con maestría trabajando en instituciones privadas, autónomas ni ONGs. (cuadros 46,47 y 48). De los profesionales con maestría, el 82% se dedica a la práctica profesional clínica, y solamente 2 se dedican a la administración. Estos últimos son epidemiólogos, ambos del sexo masculino. (cuadros 49,50 y 51).

Los profesionales con grado de maestría, son en su mayoría del sexo masculino. Los campos de maestría son muy variados, pero la mayoría se relaciona con ramas de la gestión y la salud pública. Sin embargo llama la atención que a pesar de lo anterior, la mayoría de profesionales se desempeña profesionalmente en la práctica privada, y en actividades exclusivamente clínicas, lo cual está justificado en el caso de un profesional con maestría en oftalmología, pero no así en uno con maestría en gestión hospitalaria, por ejemplo.

Llama la atención que todos estos profesionales laboren en área urbana, aunque su campo de maestría esté orientado hacia la proyección social. Lo anterior se relaciona con lo que ya se expuso anteriormente, y demuestra que a mayor nivel de capacitación de los profesionales, mayor son sus demandas salariales, y no existe un sistema que cumpla con estas expectativas, si se desempeñan en el área rural.

La institución estatal es el lugar en donde labora mayor número de profesionales con maestrías, seguidas por la práctica no institucional, sin embargo llama la atención que ni ONGs, ni instituciones privadas o autónomas, cuentan con profesionales con maestría laborando en ellas, aunque muchos de estos profesionales podrían enriquecer y aplicar perfectamente su conocimiento especializado en las áreas que supuestamente son de mayor interés para estas instituciones. Esto probablemente también guarda relación con aspectos económicos, en los cuales no se presupuesta un salario que interese a un profesional con estudios de postgrado.

No se encontraron profesionales con grado de doctorado o postdoctorado en este departamento.

6.1.1 Discusión de resultados de los municipios de Jalapa

6.1.1.1 Discusión de resultados del Municipio de Jalapa

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de 62 médicos.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró 76% de médicos del sexo masculino en relación a 24% de sus colegas del sexo femenino.

El 93% de los médicos se sitúa entre la edad comprendida de los 31 y los 60 años, este fenómeno se observa tanto para el sexo femenino como para el sexo masculino.

En cuanto al estado conyugal de los médicos de este departamento, e encontró que el 85 % de los médicos están casados.

El 100% de estos, reside en área urbana sin observarse diferencia entre ambos sexos.

Se encontró que 100% de los médicos del municipio labora como médicos y cirujanos, por lo cual no se encontró médicos que se dediquen a otra profesión.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos, se encontró que 59 % labora en 2 lugares.

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que 93 % labora en área urbana. Así mismo se encontró que 56 % labora prioritariamente en una entidad no institucional, es decir en clínica particular, seguido de un grupo menor cuya prioridad laboral es una institución estatal en un 24 %. El 90% de los médicos se desempeña profesionalmente en el área clínica. Ninguno de los profesionales se desempeña en el área docente. La distribución es similar tanto para el colectivo de los médicos, como para los grupos masculino y femenino por separado.
Las entidades no institucionales concentran un 56 % de los médicos en área urbana. Por su parte, las ONGs, son las instituciones que concentran un mayor número de profesionales en área rural.

Según el de institución donde laboran los médicos, en relación a la práctica profesional a la que se dedican, se encontró que 56% de los

médicos se dedica a la clínica, y labora en una dependencia no institucional. Un 8% del total de médicos se desempeñaba en el ámbito administrativo en instituciones estatales.

En cuanto a la distribución del grado académico de los médicos, se encontró que 68 % de los médicos posee otros estudios de postgrado aparte de la licenciatura de médico y cirujano. De estos médicos con otros estudios, 55% posee estudios de especialización, 14% posee estudios de maestría y 6% médicos se encuentran realizando residencia. Cabe resaltar que solo se encuentran 2 médicos con estudios de subespecialización. No se encontraron médicos con doctorados o postdoctorados. Lo anterior fue válido para ambos sexos.

El 98% de los médicos es egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala, situación válida para ambos sexos. Solamente se encontró 1 médico egresado de una universidad extranjera.

En cuanto a la distribución de las residencias que se realizaban en el municipio al momento del estudio, se encontró un profesional para cada una de las siguientes áreas: medicina interna, cirugía, traumatología y pediatría. No se logró ubicar al residente de ginecología y obstetricia, ni se encontró ninguna mujer realizando residencia.

Según a la distribución de las especialidades de los médicos, se encontró que existe igual número de cirujanos y de ginecobstetras con 13 %, los cuales encabezan la lista de especialistas; seguido por 10 % de pediatras, 6% de radiólogos, 6 % de traumatólogos, y 3 % de internistas y 3% anestesiólogos .

En cuanto a la distribución del lugar donde laboran los médicos en relación a su especialización, se encontró que el total de especialistas labora en el área urbana, situación válida para ambos sexos.

Según el tipo de institución donde laboran los médicos, en relación a su especialización, se encontró que 39% de especialistas labora

prioritariamente en el ámbito no institucional, seguido de 10% en instituciones estatales, e igual proporción para instituciones autónomas y privadas. No se encontraron especialistas laborando en ONGs. El comportamiento es similar para ambos sexos.

En cuanto a la distribución de la práctica profesional de los médicos en relación a su especialidad, se encontró que 50 % de los especialistas se dedica a la clínica y se encontró que 1 cirujano, 1 pediatra y 1 ginecólogo, todos del sexo masculino, se dedican a la administración. No se encontró ninguna especialista del sexo femenino que se dedicara a la administración, ni se encontró ningún especialista de cualquier sexo que se dedicara a la docencia o a la investigación.

En lo que a la distribución de los subespecialistas del municipio respecta, se encontró que solamente existen 2 subespecialistas en este municipio, y que ambos son del sexo masculino, por lo que no se encontraron subespecialistas femeninas. Ambos subespecialistas laboran en área urbana, en el ámbito no institucional prioritariamente y su práctica profesional era eminentemente clínica.

En cuanto a la distribución de las maestrías de los médicos del municipio, se encontró que hay 15 % de médicos con estudio de maestría, de los cuales solamente 3 % pertenece al sexo femenino. Se encontraron profesionales con maestría en las siguientes áreas: administración hospitalaria, administración pública, criminología y medicina forense, epidemiología, oftalmología, psicología clínica y salud pública.

La totalidad de los profesionales con grado de maestría labora en el área urbana. El 8 % de estos profesionales se desempeña en el medio no institucional, 6 % seguidos labora en instituciones estatales, lo cual es válido para ambos sexos. No se encontraron profesionales con maestría trabajando en instituciones privadas, autónomas ni ONGs. De los profesionales con maestría, 11 % tiene una práctica profesional clínica, y solamente 3% se dedica a la administración. Estos últimos son epidemiólogos del sexo masculino.

No se encontró ningún médico con doctorado o post doctorado.

6.1.1.2 Discusión de resultados del Municipio de Mataquescuintla

El número total de médicos al momento del estudio encontrados en este municipio es de 7 médicos. La tasa de médicos para el total de habitantes es de 0.2 * 1,000 habitantes (7 médicos para 35,112 habitantes)lo que confirma la concentración desproporcionada de recursos humanos en la capital que alcanza un promedio de casi 30 médicos por 10,000 y el déficit del recurso humano médico en los municipios del país que provoca inequidad en la cobertura del servicio de salud en las áreas rurales y en muchos municipios como es el caso de Mataquescuintla, Jalapa que esta muy lejos de manejar la taza de 0.9 médicos por 10,000 habitantes que maneja el país de Guatemala, sin mencionar las tazas de médicos que manejan países como Cuba (5.91*1,000), Finlandia (3.16*1,000), etc; Aunque una ventaja del municipio de Mataquescuintla que su distancia de la ciudad capital esta relativamente cerca y hay bastante trasporte por lo que, en cualquier emergencia medica la población puede acudir a hospitales de la ciudad capital.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró un 85% de sexo masculino y 15% femenino. Históricamente las tendencias culturales de las sociedades han causado que el sexo masculino se desarrolle en los roles laborales más importantes dentro de ellas, como lo son funcionarios públicos, abogados, médicos, etc mientras tanto el sexo femenino se ha dedicado a manejar los roles de ama de casa, partera, enfermera etc: por lo que es de suma importancia señalar la aparición de un medico femenino en el grupo y mas, denotando que la discriminación intelectual, laboral y social que a menudo sufría la mujer ha desaparecido un poco.

El 43% de los médicos se encontraron entre los 51 a 60 años y el resto de los médicos con igual porcentaje cada uno entre los 31 a 40 años y entre 41 a 50 años. Las edades de los médicos del municipio,

están bastante equilibradas, hay médicos jóvenes, de edades intermedias y con edades avanzadas. Lo que significa que durante todo el tiempo el municipio de mataquescuintla ha tenido una renovación constate de médicos.

En cuanto al estado conyugal de los médicos, se encontró que el 86% está casado.

El 100% de los médicos reside en el área urbana.

En cuanto a las características laborales de los médicos, el 100% de ellos ejerce su profesión como médico y cirujano, y no en otra actividad u profesión.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos, se encontró que cinco de ellos laboran únicamente en un lugar, y dos lo hacen en 2 lugares.

El estudio nos demostró que el total de los médicos que laboran en el municipio de mataquescuintla, todos ejercen su profesión como médicos y que todos viven en el área urbana, esto último nos indica que, entre otras cosas, hay campo en el ámbito de la medicina en este departamento, para emplear a la totalidad de los médicos. Además puede implicar que los médicos están satisfechos con la actividad a la que se dedican, y que logran un ingreso adecuado para satisfacer sus necesidades, sin tener la necesidad de emplearse en otra rama laboral. Al contrario de lo que se ha encontrado en otros municipios, en Mataquescuintla, 71% labora en un lugar. Este fenómeno es ocasionado por una particular cualidad de este municipio de proporcionar lugares laborales a casi todas las personas la mayor parte del año, lo que le da una capacidad adquisitiva a todos de sufragar gastos, como lo son los servicios privados de los médicos particulares ventaja que tienen estos últimos para acomodarse solamente con un solo sueldo.

El 100% de médicos laboraba en área urbana, no se encontró a ningún medico laborando en área rural; 100% de ellos considera

entidades no institucionales como lugar de labor prioritario. En cuanto a la practica profesional la clínica es la dominante con 100% de los médicos. Esta situación denota que es en áreas urbanas en donde se encuentran los lugares de trabajo en donde los médicos pueden absorber la mayor cantidad de pacientes, ya que las personas que viven en áreas rurales bajan al pueblo por necesidades de salud o de otra índole, así también las comodidades que les proporciona las urbes a los médicos directamente.

En cuanto a la distribución del lugar donde laboran los médicos en relación al tipo de institución donde desempeñan su labor prioritariamente, 100% es la entidad no institucional la que absorbe la concentración de médicos. No se encontró a ningún médico laborando en área rural. Se encontró que 100% de los médicos se dedica principalmente a la clínica, se concentra en áreas urbana. En la distribución del tipo de institución donde laboran los médicos. La tendencia del médico de no laborar en instituciones estatales, esta basado en una remuneración económica deplorable, ya que los trabajos en el estado específicamente para el médico son muy mal pagados y no son suficientes para un nivel económico deseado, y como se mención anteriormente, la capacidad adquisitiva de los pobladores, permiten que los médicos de esta región se desempeñen únicamente en entidades no institucionales, con practica laboral eminentemente clínica y en el área urbana.

En cuanto a la distribución del grado académico de los médicos se encontró que 14 % de los médicos posee estudios de postgrado aparte de la licenciatura de médico y cirujano quienes. Este médico con otros estudios, solamente posee estudios de especialización. No se encontraron médicos con maestría, subespecializaciones, doctorados o postdoctorados.

El 100% de médicos es egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala, situación válida para ambos sexos. Esto es razonable por la cantidad de médicos que egresa de esta universidad en comparación de las otras universidades.

No se encontró a ningún médico realizando residencia en este momento.

Según la distribución de especialidades, se encontró un especialista de sexo Masculino. Médico Pediatra que labora en el área urbana, no se encontró a ningún médico masculino ni a ningún médico laborando en el área rural. Este médico labora en una entidad no institucional, con una práctica eminentemente clínica.

6.1.1.3 Discusión de resultados del Municipio de Monjas

El número total de médicos al momento del estudio encontrados en este municipio fue de dos. En el municipio de Monjas, Jalapa la tasa de médicos para el total de habitantes es de 0.09 * 1,000 habitantes, lo que confirma la concentración desproporcionada de recursos humanos en la capital que alcanza un promedio de casi 30 médicos por 10,000 y el déficit del recurso humano médico en los municipios del país que provoca inequidad en la cobertura del servicio de salud en las áreas rurales y en muchos municipios como es el caso de Monjas, Jalapa que esta muy lejos de manejar la taza de 0.9 médicos por 10,000 habitantes que maneja el país de Guatemala, sin mencionar las tazas de médicos que manejan países como Cuba (5.91*1,000), Finlandia (3.16*1,000), etc; como se menciono anteriormente la cantidad de médicos es un poco mayor, por los médicos de Jalapa y de El Progreso Jutiapa que laboran intermitentemente por las tardes y los sábados en monjas.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que el 50% de los médicos son de sexo masculino y el restante 50% femenino. En este municipio el porcentaje de médicos tiene la misma cantidad entre sexo masculino y femenino, a diferencia de otros municipios en donde el sexo masculino es claramente mayor que el femenino, determinado por una cultura sexista que ha generado una creciente brecha exponencial durante décadas; aunque es bien sabido que en el sector de salud la cantidad de mujeres ha aumentado con gran rapidez, tanto que desde hace 8

años aproximadamente la cantidad de mujeres graduadas de la carrera de medicina es mas alta que los hombres.

El 50% de los médicos se sitúa entre las edades de 61 a 70 años, y el resto, una médico en el rango menor a 30 años. Lo que significa que durante mucho tiempo la comunidad fue atendida por un único médico.

En cuanto al estado conyugal de los médicos se encontró que el 100% se encuentra casado, situación relacionada con la edad del médico que se está graduando aproximadamente a los 28 años en promedio, una adecuada edad para contraer matrimonio.

Se encontró que el 100% de los médicos residen en el área urbana.

El 100% ejerce su profesión como médico y cirujano, y no en otra actividad u profesión.

En cuanto al número de lugares en los que laboran los médicos de este municipio, se encontró que 50% labora en 2 lugares y la médica que corresponde al 50% restante labora únicamente en un solo lugar. El estudio nos demostró que el total de los médicos que laboran en el municipio de monjas los laboran como médicos y que todos viven en el área urbana, esto último nos indica, entre otras cosas, hay campo en el ámbito de la medicina en este departamento, para emplear a la totalidad de los médicos. Además puede implicar que los médicos están satisfechos con la actividad a la que se dedican, y que logran un ingreso adecuado para satisfacer sus necesidades, sin tener la necesidad de emplearse en otra rama laboral. En cuanto a la tendencia de residir en las áreas urbanas, es lógico que las personas busquen lugares donde satisfacer sus necesidades económicas y, es donde se encuentra mayores comodidades en muchos aspectos como se menciono en el marco teórico uno de los puntos mas importantes de residir cabeceras o ciudades es la educación de los hijos.

El 100% de médicos labora en área urbana, no se encontró a ningún médico laborando en área rural.

En cuanto a la distribución del lugar donde laboran los médicos del municipio en relación al tipo de institución donde desempeñan su labor se demuestra que 50% se concentra en entidades estatales, y las entidades no institucionales concentran el restante 50%. El 100% de los médicos que se dedica principalmente a la clínica en el área urbana.

El pluriempleo y la tendencia del médico de no laborar en instituciones estatales, esta basado en una remuneración económica deplorable, ya que un solo empleo o los trabajos en el estado específicamente para el médico son muy mal pagados y no son suficientes para un nivel económico deseado, que no solo se observa en el sector laboral de salud, sino que en todos los demás sectores laborales del país.

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que el 50% de los médicos posee estudios de postgrado aparte de la licenciatura de médico y cirujano. No se encontraron médicos con maestria, subespecializaciones, doctorados o postdoctorados.
El 100% de médicos es egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala, situación válida para ambos sexos, fenómeno muy común dentro de los municipios de Guatemala, principalmente por la cantidad de médicos que gradúa la universidad estatal y luego por la relativa juventud que las otras universidades privadas tienen; otro factor muy importante es que la USAC tiene una filosofía de trabajo comunitario, lo que crea muchos médicos con conciencia social y la practiquen al termino de sus carreras.

No se encontró a ningún médico realizando residencia en este momento; Debido a que en el municipio no existe ningún centro asistencial medico para absorber a un médico residente, los cuales hacen sus prácticas en hospitales nacionales.

Según la distribución de especialidades, se encontró que en el municipio solo existe un especialista de sexo femenino, que labora en área urbana, no se encontró a ningún médico masculino ni a ningún médico laborando en área rural. El único especialista ginecólogo de sexo femenino, labora en una entidad no institucional, con una práctica eminentemente clínica. La poca migración del médico especializado o subespecializado a el área rural es también fruto de una economía nacional que no alcanza muchas veces ni para la canasta básica, mucho menos poder sufragar los gastos de un medico particular especializado o subespecializado, como lo podemos observar en el caso particular de Monjas, que solo cuenta con una especialista en ginecología para una población grande.

6.1.1.4 Discusión de resultados del Municipio de San Carlos Alzatate

No se encontraron médicos en este municipio.

6.1.1.5 Discusión de resultados del Municipio de San Luis Jilotepeque

No se encontraron médicos en este municipio.

6.1.1.6 Discusión de resultados del Municipio de San Manuel Chaparrón

No se encontraron médicos en este municipio.

6.1.1.7 Discusión de resultados del Municipio de San Pedro Pinula

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de 7 médicos.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que existe 86% de médicos del sexo masculino en relación a sus colegas del sexo femenino con 14 %.

El 100% se sitúa entre las edades de 31 a 60 años y este fenómeno se observa tanto para el sexo femenino, como para el sexo masculino.

En cuanto al estado conyugal de los médicos se encontró que 57% está casado y 29 % esta soltero.

El 100% de los médicos reside en el área urbana sin observarse diferencia entre ambos sexos.

El 100% de los médicos del municipio labora como médico y cirujano, por lo cual no se encontraron médicos que se dediquen a otra profesión.

En cuanto al del número de lugares en el cual laboran los médicos se encontró que 57 % labora en 1 lugar, 28% labora en 2 lugares y 14 % labora en 4 lugares.

En cuanto a la distribución de los médicos del según lugar, institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que 86 % labora en área rural. Así mismo se encontró que 86% labora prioritariamente en una ONG y 86 % se desempeña profesionalmente en el área clínica. La distribución es similar tanto para el colectivo de los médicos, como para los grupos masculino y femenino por separado.
En lo que respecta a la distribución del lugar donde laboran los médicos en relación a la práctica profesional a la que se dedican, se encontró que 71% se dedica principalmente a la clínica.

En cuanto a la distribución del grado académico de los médicos se encontró que 71 % no poseen otros estudios de postgrado aparte de la licenciatura de médico y cirujano . Esto es válido tanto para el sexo femenino como para el sexo masculino. De los médicos con otros estudios de postgrado, se encontró 14. 29 % con estudios de especialización y maestría.

El 71 % de los médicos es egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala. No se encontraron médicos realizando residencia en el municipio de San Pedro Pinula.

Según la distribución de las especialidades de los médicos en el municipio se encontró que existe un pediatra del sexo masculino que labora en área rural, en una ONG y se desempeña en el área administrativa. Además se encontró 1 médico del sexo masculino con estudios de maestría en la rama de salud pública. Este médico labora en área urbana, en una institución estatal y se desempeña profesionalmente en el área clínica.

6.1.2. Limitaciones

Durante la realización del trabajo de campo del presente estudio, no se encontró obstáculos importantes para obtener la información. Se logró identificar a un número mayor de médicos que el registrado por el colegio de médicos y cirujanos, y de este listado original solamente 6 médicos no fueron encontrados.

Se logró captar a una gran cantidad de profesionales en el hospital nacional, donde le fue facilitado el ingreso a los investigadores, así mismo se obtuvo ayuda en la jefatura de área de salud, donde se obtuvo información de los médicos en los municipios; y en la Asociación de Médicos y Odontólogos de Jalapa, donde se obtuvo un listado similar al del colegio de médicos.

La mayor parte del trabajo se llevó a cabo en el área urbana, visitando las clínicas particulares, donde el equipo investigador fue recibido en la totalidad de ellas sin ninguna objeción ni contratiempos. Cabe mencionar que en repetidas ocasiones se tuvo que esperar en las clínicas privadas, para poder ser recibidos por los profesionales.

En lo que al área rural respecta, lo más dificultoso fue el acceso, sin embargo se lograrán ubicar médicos en los puestos de salud y en la sede de una ONG. De los municipios donde no se encontró médicos, vale la pena resaltar que se trata de los médicos de los puestos de salud los cuales estaban de vacaciones y en un caso, este había renunciado recientemente y otro cubría una plaza en la jefatura del área de salud.

6. 2 Departamento de Jutiapa

El número de total de médicos encontrados en este departamento al momento del estudio es de 96 médicos. La tasa de médicos en el departamento es de 2 médicos por cada 10,000 habitantes, esto representa una distribución de 1 médico por cada 4333 habitantes. Hay 1 médico por cada 34 Km^2. Esto confirma la discrepancia que existe a nivel mundial en donde en países de Europa existe un promedio de 3 médicos por 1000 habitantes, 1.5 en Asia, 1.1 en Europa y 2 en Estados Unidos. Este promedio que se muestra en el departamento de Jutiapa es inclusive menor que el que presenta Guatemala como país. (89) En la mayoría de países latinoamericanos el sistema de salud se enfrenta al gran problema de la mala distribución del personal médico. El personal de salud se concentra en la ciudad capital y los desequilibrios entre los niveles de atención han persistido. (106)

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad se encontró que el 78% son de sexo masculino y un 22% de sexo femenino. (Cuadro No. 1)
Esto se explica por la situación actual que vive la mujer en nuestro país, en donde el género femenino sigue estando subrepresentado y tropieza con serias limitaciones para ejercer sus derechos en las esferas tanto económica como social.

El 28% lo conforman los médicos se sitúa entre las edades de 41 y 50 años, y 14 % del sexo femenino se encuentra en el rango de edad entre 31 a 40 años. (Cuadro No. 1.)

En cuanto al estado conyugal de los médicos se encontró que el 80 % de médicos es casado. (Cuadro No. 2)

El 94 % de médicos reside en área urbana y únicamente 6% reside en áreas rurales del departamento, lo que correlaciona con estadísticas del banco mundial, las cuales indican que 90% de los estudiantes de medicina, prefieren trabajar en el área urbana a largo plazo. En esto, juegan un papel importante, factores como: oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a buenos servicios de salud,

condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. (28)

El 100% de los médicos del departamento labora ejerciendo su profesión de médico y cirujano.

En cuanto al número de lugares en los que los médicos de este departamento laboran, se encontró que el 53% de médicos labora en más de 1 lugar. (Cuadros 4, 5 y 6). Esto se debe probablemente a que un solo empleo no cubre la totalidad de las necesidades económicas que afrontan muchos médicos, de ahí que tengan que recurrir al pluriempleo. Esta situación es uno de los principales desafíos que enfrenta América Latina, es una realidad conocida desde hace muchos años, y una de las causas del absentismo laboral en las instituciones públicas y de la baja productividad de los médicos en este sector. (92,205).

El 100 % de los médicos del departamento trabaja en área urbana, y según lugar prioritario de práctica profesional: 43 % labora en una entidad no institucional y 40 % lo hace en una institución estatal. (Cuadro No. 7).

El hecho que los médicos desempeñen su labor en el área urbana puede deberse a la ubicación de la residencia de los mismos. La mayoría de médicos prefieren área urbana debido a las limitaciones que se pueden encontrar en área rural, como lo son escasas oportunidad de crecimiento profesional, menor exposición a la tecnología, salarios más bajos y mayor carga laboral. Lo anterior también puede explicar la preferencia de los médicos del género masculino por realizar su práctica profesional en instituciones privadas que devenguen mayores ingresos. Los trabajos en instituciones estatales llaman poco la atención de los médicos ya que muchas veces representan mayor carga laboral y menor retribución por el trabajo realizado.
En cuanto a la distribución de la práctica profesional se encontró que 97 % se dedica a la práctica clínica y el restante 3% se dedica a la práctica administrativa.

El 95% de las médicas del departamento labora en área urbana y el restante 5% labora en área rural. De lo cual, según lugar o institución prioritaria de práctica profesiona, 52% de las médicas trabaja en una institución estatal y

45% labora entidad no institucional. En relación a la práctica profesional 95% trabaja en la práctica clínica y el restante 5 % en área de investigación (Cuadro No. 8).

El 99% del total de médicos se desempeña profesionalmente en área urbana. Según la institución que consideran prioritaria para realizar su práctica profesional, se distribuyen en 42 % que labora en una institución estatal y 43 % en una entidad no institucional. El 96 % de médicos se dedica a la práctica clínica, 3 % a la administración médica y 1% a la investigación clínica (Cuadro No. 9). No se encontraron médicos que se dedicaran a la docencia o a la investigación. (Cuadros No. 10, 13 y 16). Lo anterior puede explicarse por las pocas oportunidades de realizar actividades de esta índole en todo el departamento. No hay instituciones que promuevan la generación de conocimiento médico en el mismo.

El 100% de médicos se desempeña profesionalmente en instituciones localizadas en área urbana. Las desproporciones en la fuerza de trabajo en salud son una constante en casi todos los sistemas de salud, especialmente en aquellos de países en vías de desarrollo como el nuestro. La distribución de los profesionales de salud tiene implicaciones críticas en lo que a equidad y acceso a la salud corresponde. Por tanto estos últimos pueden ser mejorados mediante una reubicación de los recursos humanos (95).

El 90% de las galenas se dedica a la práctica clínica en área urbana y 5 % se dedica a la investigación en área urbana. Del 100% de médicas que se dedica a realizar práctica clínica, 48% labora en entidad estatal y 42% ejerce en una entidad no institucional. Existe una diferencia en la distribución del lugar o institución prioritaria de trabajo de las médicas del departamento de Jutiapa en donde 5 % realiza su práctica profesional en el sector público (Cuadros No. 11, 14 y 17).

Según la distribución de práctica y tipo de institución se encontró que el 100% de médicos que se dedican a realizar práctica clínica, 43 % labora en una entidad no institucional y 42% en una institución estatal.

En cuanto a la distribución según el lugar o institución donde laboran, 42% realiza su práctica en una entidad no institucional en área urbana y 42% labora

en una institución estatal. El 1 % de médicos labora en el área rural en una entidad estatal (Cuadros No. 12, 15 y 18).

En cuanto a la distribución de lugar y práctica a la que se dedican los médicos se encontró que el 96% se dedica a la práctica clínica en área urbana. Según la institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, 43 % labora en una entidad no institucional realizando práctica clínica y 40% lo hace en una institución estatal realizando práctica clínica.

Del 100% de médicos del departamento, tanto del género masculino como femenino, la mayoría da prioridad a su trabajo en el sector privado ya sea en una institución privada o entidad no institucional. Como ya se explicó con anterioridad esto puede explicarse a que el sector privado tiende a brindar mejores remuneraciones económicas al médico.

En cuanto a la distribución del grado académico se encontró que el 52 % del total de médicos posee el título de Licenciatura de Médico y Cirujano más otra licenciatura y 48 % restante posee únicamente el título de Médico y Cirujano. El 3% de médicos se encuentra realizando estudios de especialización. Del 100% de médicos con especialización solo 19% posee subespecialización que representa 9% del total de médicos del departamento.

Solo 1 % de médicos posee Maestría. Del 100% de médicos especialistas 77% pertenece al sexo masculino y 23% son del sexo femenino.

El interior del país ofrece pocos incentivos a los especialistas en muchas ocasiones. Muchos de éstos ven vedadas oportunidades de crecimiento laboral, económico y profesional en los departamentos, incluso el acceso a la tecnología y a medios más sofisticados de diagnóstico se dificulta, lo anterior es motivo por el que los profesionales de la medicina, en este caso los que han realizado estudios de posgrado, maestrías, doctorados o postdoctorados, prefieran el trabajo en la ciudad más que en los diferentes departamentos, no siendo Jutiapa la excepción.
Se puede observar entonces como 48% de médicos posee el título de médico y cirujano, 52% restante tiene alguna especialidad, maestría, post doctorado u otra licenciatura adicional.

Según la distribución de los médicos por especialidades, se encontró que el 3% de médicos del departamento se encuentra realizando estudios de especialización, ya que en el mismo no existen programas de este tipo, los únicos médicos residentes se encuentran en la cabecera municipal y realizan su EPS en la actualidad. (Cuadro No. 21).

El 96 % de médicos, obtuvo su título en la Universidad de San Carlos de Guatemala, 4% realizó sus estudios de pregrado ya sea en la Universidad Francisco Marroquín o en otra universidad extranjera, para luego recertificar su título con la Universidad de San Carlos de Guatemala, (Cuadro No. 20). La mayor parte de profesionales de la medicina en toda la República egresa de la Universidad Estatal, por otra parte la Universidad de San Carlos tiende a promover en sus estudiantes un espíritu de ayuda social que muchas veces los mueve a trasladar su práctica profesional al interior de la República.

Según la distribución de las especialidades se encontró que el, 26% de los médicos son Gineco-Obstetras, 24% Pediatras, 17 % Médicos Internistas y en igual porcentaje se encuentran los Cirujanos. El 100 % de los médicos especialistas laboran en área urbana. (Cuadros No. 22, 23, 24 y 25).

Las especialidades con mayor representatividad en el departamento son las de Gineco Obstetricia y Pediatría, luego les siguen Medicina Interna y Cirugía. Las cuatro especialidades son las que más estudiantes tienen en sus programas en la República de Guatemala en la actualidad (69, 137). Gineco Obstetricia y Pediatría son especialidades muy solicitadas en países como el nuestro, en el que la tasa de natalidad es muy alta y la población joven es numerosa; por lo anterior quizá sean las que más se observen en el departamento. Traumatología, anestesiología y dermatología, entre otras figuran también en la lista de especialidades que poseen algunos médicos en Jutiapa, sin embargo, en muy pequeño porcentaje, quizá porque la demanda no es tan alta como las anteriores.

De acuerdo a la institución prioritaria donde laboran los médicos especialistas, 46 % de los médicos trabaja en una entidad no institucional o clínica privada, 28 % ejerce en una institución estatal y 17% labora en una institución privada. El 77% de los médicos especialistas pertenece al género masculino y 33% al

femenino. Se observa así, la diferencia entre ambos sexos, lo que a su vez repercute en la representación del género en el ambiente profesional.

Todos los médicos especialistas laboran en área urbana del departamento. Ningún habitante del área rural puede tener acceso a los mismos si no se traslada a los diferentes cascos urbanos. Diferentes incentivos ya sea económicos, profesionales o de estilo de vida intervienen en la decisión de los médicos de instalarse en área urbana.

Según institución prioritaria donde laboran las médicas especialistas, 73% labora en una clínica privada o entidad no institucional y 18 % labora en una institución estatal (Cuadro No. 27).

El 55% de los médicos especialistas trabaja en una entidad no institucional y 24% lo hace en una institución estatal (Cuadro No. 28). Tanto la remuneración, como el ambiente laboral pueden ser motivos por los cuales se prefiera el área privada antes que la estatal. A su vez ya sea por la poca oferta, o bien, nuevamente por los salarios percibidos, hay menos médicos laborando en instituciones autónomas y ONGs que en las otras áreas.

El 96 % de los médicos especialistas realiza práctica profesional clínica y el resto trabaja en Administración Médica o Investigación. La ausencia de entidades en el departamento que promuevan actividades y prácticas de investigación, así como la pobre oferta de empleo y la falta de experiencia de los médicos en las áreas de administración y docencia explican lo anterior. (Cuadro No. 29-31).

Del 100% de médicos con especialización, 19% posee el grado académico de sub especialista. Las sub especialidades encontradas en el departamento son las de Neonatología, Neumología y Radiología. El 100% de los subespecialistas labora en área urbana. Del 100% de médicos con sub especialidad, 67 % pertenece al sexo masculino y 33 % al sexo femenino. (Cuadros No. 32-35). Las oportunidades que tienen los médicos en los diferentes departamentos de la República para continuar con una sub especialización son nulas, de querer hacerlo deben trasladarse ya sea a la ciudad capital o al extranjero.

En lo que respecta a la distribución de los sub especialistas, se encontró que el 100% de los médicos realiza su práctica profesional clínica, 67% labora en clínica privada o una entidad no institucional y 22 % trabaja en una institución privada.

En cuanto a la distribución de las maestrías sólo un médico cuenta con Maestría en Administración Hospitalaria y Clínica y se desempeña profesionalmente en una ONG realizando su práctica profesional clínica en el área urbana, (Cuadro No. 42-51). Nuevamente las oportunidades de crecimiento académico y profesional en el departamento explican lo anterior. Además no existen programas de educación médica continua en el departamento que promuevan el aprendizaje continuo de la medicina y sus ramas.

No se localizaron médicos con título de Doctorado o Post doctorado. La falta de atractivos académicos, tecnológicos y de salario, recursos para laborar, perspectivas de desarrollo profesional, incluso la carencia de las comodidades que se poseen en la capital de la nación, así como la situación de seguridad del departamento, no promueven el traslado de profesionales con títulos de maestría, doctorado o post doctorado al municipio. (90, 95)

6.2.1 Discusión de resultados de los municipios del departamento de Jutiapa

6.2.1.1 Discusión de resultados del Municipio de Agua Blanca

El número total de médicos para este municipio al momento de realizar el estudio fue de 4 médicos, La tasa de médicos por habitantes es de 0.28 x 1,000 habitantes (4 médicos para 14,368 habitantes).

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que un 75% de los médicos son de sexo masculino y el 25% restante de sexo femenino. Esta brecha en el número de médicos entre sexos determinada por la cultura sexista tradicional en nuestro país, que permite que el sexo masculino se desarrolle en los roles laborales más importantes dentro de ellas, como lo son

funcionarios públicos, abogados, médicos, etc., mientras tanto el sexo femenino se ha dedicado a manejar los roles de ama de casa, partera, enfermera etc.

El 50% de los médicos se sitúa entre los 41 a 50 años, y el resto de los médicos se encontró en la edad adulta media.
Es de suma importancia señalar la aparición de un médico femenino en el grupo y más importante aún resaltar que es la más joven dentro del grupo, denotando en cierto grado que la discriminación intelectual, laboral y social de la mujer ha desaparecido un poco.

En cuanto al estado conyugal de los médicos se encontró que el 100% de los médicos del municipio está casado.

El 50% de los médicos residen en área urbana y el resto en el área rural.

El 100% de los médicos en este municipio ejerce su profesión como médico y cirujano, y no en otra actividad u profesión.

En cuanto al número de lugares en los que los médicos laboran, se encontró que el 50% de los médicos posee más de un trabajo, mientras que el 50 % restante sólo labora en un lugar.

El 100% de los médicos ejercen su profesión en área urbana.

Según la distribución del lugar en donde laboran los médicos, se encontró que 75% de los médicos laboran en un lugar no institucional como prioridad y solo un médico (25%) laborando en una institución estatal. El pluriempleo y la tendencia del médico de no laborar en instituciones estatales, está basado en la remuneración económica ya que un solo empleo o los trabajos en el estado para el médico específicamente son muy mal pagados y no son suficientes para un nivel económico deseado, que no solo se observa en el sector laboral de salud, sino que en todos los demás sectores laborales del país. De los médicos del municipio todos ejercen una práctica profesional clínica como prioridad.

Los médicos de sexo masculino cuentan con un 67% (2 médicos) laborando en una institución no institucional y el 33% (un médico) en una institución estatal, todos con una practica clínica; la única médico de sexo femenino ejerce su profesión en una entidad no institucional y con práctica clínica, representando al 100% de este sexo.

En cuanto a la distribución del grado académico de los médicos de este municipio, se encontró que los tres médicos del sexo masculino poseen el título de médico y cirujano general, sin ningún otro título académico, mientras que el médico de sexo femenino posee una especialidad en pediatría, sin ninguna otra característica académica.

El 100% de los médicos de este municipio es egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Según la distribución de especialidades, se encontró únicamente a un médico con especialidad en el municipio, es de sexo femenino, ejerce su profesión en un lugar no institucional, en el área urbana y realiza práctica clínica. La poca migración del médico especializado o subespecializado al área rural es también fruto de una economía nacional que solamente alcanza para poder tener lo mínimo para vivir, pero no para poder sufragar los gastos de un médico particular especializado o subespecializado, como lo podemos observar en el caso particular en este municipio que solo cuenta con una especialista en pediatría.

6.2.1.2 Discusión de resultados del Municipio de Asunción Mita

El número total de médicos para este municipio encontrado al momento del estudio fue de 16. Actualmente el municipio de Asunción Mita presenta una tasa de 0.39 médicos * 1000 habitantes lo cual demuestra una distribución totalmente distinta al resto de los

municipios de Jutiapa en donde escasamente existe 1 médico para 10-15,000 habitantes.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que un 94 % de los médicos del municipio pertenecen al sexo masculino y 6 % al sexo femenino.
El municipio de Asunción Mita es el municipio con más desarrollo luego de la cabecera departamental de Jutiapa. Presenta una organización urbana muy bien establecida y su desarrollo se ha caracterizado desde época precolombina habiendo sido capital del reino de Mita.

Según resultados obtenidos, las características demográficas del municipio de Asunción Mita muestran que el desequilibrio con respecto a género no es la excepción en donde únicamente el mayor porcentaje de médicos pertenecen al sexo masculino. Esto difiere con la tendencia de feminización de los profesionales de salud que existe actualmente a nivel mundial. Sin embargo en nuestro país las mujeres, los jóvenes y las minorías étnicas son las más perjudicadas por la falta de empleo. Las mujeres siguen estando subrepresentadas y tropiezan con numerosas limitaciones para ejercer sus derechos en la esfera económica y laboral secundario a un nivel de pobreza mayor comparado con la del hombre y un menor acceso a la educación.

El 33% de los médicos de este municipio se sitúa entre los 31 a 40 años, así como también un 33% entre los 51 a 60 años, 6% es menor de 30 años y por último un 6% entre la edad de 60 a 70 años. La distribución por edad muestra un balance equitativo en donde laboran médicos jóvenes de una edad menor de 30 años hasta médicos de mayor edad entre el rango de 60 a 70 años. Para lo anterior es necesario analizar la evolución del empleo en el sector de la Salud en donde se ha duplicado el enrolamiento de jóvenes a las facultades de Medicina así como la inserción de profesionales quienes han obtenido recientemente el título de Médico y Cirujano. Entre los titulados universitarios superiores, las diferencias se explican en gran medida por el efecto composición de edad: la mayor

presencia de varones de edad avanzada y la menor presencia de mujeres más jóvenes.

En cuanto al estado conyugal de los médicos de este municipio se observó que 75% del total de médicos se encuentra casado, 12% son solteros, 6% viudos y 6% son unidos. Del 75 % del total de médicos 88% son del sexo masculino y 12 % sexo femenino. Del 12% de médicos solteros, 100 % son del sexo masculino. Al igual que del 6% de médicos unidos y viudos respectivamente, el 100% son del sexo masculino.

El 94% de los médicos reside en área urbana del municipio y el resto en área rural. La centralización del recurso humano médico se evidencia en la situación actual de este municipio en donde el 94% de los médicos vive en el casco urbano del municipio donde se encuentran el 100% de las instituciones donde realizan su práctica profesional, lo que reduce el acceso al servicio de salud de la población del área rural. Esta concentración de recursos humanos demuestra la competitividad y demanda de servicio de la población del casco urbano del municipio que exige una mejor calidad de atención y equipada con mayor tecnología.

Es importante mencionar que no influye únicamente el factor económico en el establecimiento de la práctica laboral en el área urbana sino también factores como: mejores condiciones físicas de trabajo, mejor exposición de tecnología, acceso a servicios básicos, comodidad, localización de residencia y motivación intrínseca.

El 100% de los médicos laboran ejerciendo su profesión.

En cuanto al número de lugares en los que los médicos laboran, se encontró que 56 % del total de médicos labora en 1 lugar, 37% laboran en 2 lugares y 6% en 3 lugares del cual 100 % son del sexo masculino. El 100% de médicas labora en 1 solo lugar. Del total de médicos 50 % labora en 1 lugar.

En cuanto a la distribución de los médicos según lugar e institución de práctica laboral del lugar prioritario reportan que 100% de los médicos laboran en área urbana.

Según la institución donde labora: 73% considera una entidad no institucional como lugar prioritario de práctica, 13% institución privada, 6% institución estatal y otro 6% una ONG. El 100% de los médicos realizan práctica clínica en dichas instituciones.
De acuerdo a resultados, la única médica que labora en el municipio de Asunción Mita realiza su práctica en una entidad no institucional localizada en el área urbana realizando su práctica profesional como clínica.
Según resultados obtenidos, el total de médicos realizan su labor clínica en instituciones localizadas en área urbana. El 75 % de médicos consideran su lugar de trabajo prioritario a una entidad no institucional. Únicamente 12% del total de médicos consideran una institución privada como lugar prioritario de práctica profesional. Por último 6% consideran una ONG y una institución estatal como lugar prioritario.

Basado en los resultados obtenidos, las características laborales de los médicos de Asunción Mita se basan en que 100% de los médicos laboran como tal ejerciendo práctica profesional y que 56 % labora en un único lugar. Sin embargo se hace notar que al menos 37% del total de médicos labora en 2 lugares lo que ejemplifica la situación del pluriempleo médico que es una de las causas del absentismo laboral en las instituciones públicas ya que usualmente las condiciones del entorno laboral no son atractivas, hay una baja remuneración e insatisfacción debida a falta de reconocimiento y a una reducida oportunidad de desarrollo profesional por lo que es necesario la actividad del pluriempleo para acceder a mejores oportunidades de salario. Lo anterior permite demostrar que un 73% de los médicos de Asunción Mita consideran su clínica privada, entidad no institucional, y un 13% a una institución privada como su lugar prioritario de práctica profesional. Únicamente el 6% de los médicos del municipio consideran una institución estatal su área prioritaria de trabajo.

En cuanto a la distribución del grado académico se encontró que 56% del total de médicos posee únicamente la Licenciatura de Médico y Cirujano y 43 % poseen Licenciatura de Médico y Cirujano mas otra licenciatura. Un 43 % del total de médicos poseen una especialización, 28% poseen Sub especialización de los médicos especialistas y únicamente 6% posee Maestría. La médica que labora en el municipio de Asunción Mita posee únicamente el título de Licenciatura de Médico y Cirujano.

En el municipio de Asunción Mita un 56% de los médicos posee únicamente el título de Médico y Cirujano y un 43% son médicos con por lo menos 1 especialidad lo que permite el acceso a una prestación de servicio de mejor calidad y mayor capacidad resolutiva con personal adiestrado y mejor entrenado mas sin embargo centralizado como ya se mencionó anteriormente. El desequilibrio entre el número de médicos generales y de médicos especialistas conduce a prestaciones médicas más costosas y al uso innecesario de alta tecnología que en muchas ocasiones no está al alcance de los recursos del paciente, especialmente del área rural.

Es un hecho notable que la única médica del municipio posea únicamente el título de Medico y Cirujano que evidencia las dificultades que presenta la mujer para el acceso a una educación continua especialmente cuando el estado conyugal le dificulta la oportunidad de acceso a este entrenamiento que en muchas ocasiones se basa en una decisión propia.

El 93% de los médicos obtuvieron su título de Médico y Cirujano extendido por la Universidad de San Carlos de Guatemala y el porcentaje restante posee título de Universidad extranjera.

En cuanto a la distribución de residencias, no se encontró a ningún médico del municipio realizando residencia actualmente. Esto debido probablemente a que las instituciones con programas de Residencia para médicos se encuentran la mayoría ubicados en la ciudad capital por lo que se ven obligados a migrar para poder seguir con su educación de nivel superior.

Según la distribución de especialidades, se encontró 28% de los médicos con especialidad, 12% del total de médicos poseen una especialidad en Cirugía, 28% en Ginecoobstetricia que son 12% del total de médicos, 28% en Pediatría que son 12% del total de médicos y únicamente 14% en Médicina Interna que son 6% del total de médicos. El 100 % de los médicos especialistas son del sexo masculino y laboran en el casco urbano del municipio.

La distribución según la institución donde laboran los médicos especialistas se muestra de la siguiente forma: 28% de los médicos laboran en una entidad no institucional y tienen especialidad en Cirugía, 28% laboran como Ginecoobstetras en entidad no institucional, 28% laboran como Pediatras también en entidad no institucional. Únicamente 14% labora como Medico Internista en una ONG.

En cuanto a la distribución de la práctica profesional que realizan los médicos especialistas del municipio, 100% realizan práctica clínica en el ejercicio de su profesión.

De los médicos de este municipio en relación a las subespecialidades, se encontró que existen dos médicos con subespecialización. Uno de ellos (50%) con subespecialización en Radiología y otro con una sub especialidad no especificada (50%), ambos médicos de sexo masculino, que laboran en entidades no institucionales ubicadas en el área urbana ejerciendo su actividad profesional clínica.

En cuanto a la distribución de maestrías de los médicos de este municipio, se encontró que, existe un único médico que posee maestría, título otorgado en Administración Hospitalaria y Médica, de sexo masculino, que labora en una ONG ubicada en área urbana ejerciendo su actividad profesional clínica. Es necesario recalcar que a pesar de su entrenamiento y adiestramiento este porcentaje de médicos ha logrado establecerse y colocarse en el servicio de la salud de este municipio a diferencia de muchos médicos que deciden migrar en busca de mejores oportunidades de trabajo y reconocimiento, situación en donde viene a influenciar el lugar de procedencia de los médicos que en el caso de este porcentaje de médicos especialistas sería el municipio de Asunción Mita.

Esta es la realidad de este municipio en donde a pesar de la presencia del recurso humano médico, la mayoría de médicos se concentran en área urbana, dejando las áreas rurales con escasa cantidad de personal principalmente de tipo especializado.

6.2.1.3 Discusión de resultados del Municipio de Atescatempa

El número total de médicos para este municipio al momento de realizar el estudio fue de 1.

En cuanto a la distribución según sexo y edad, este médico se sitúa entre las edades de 51 a 60 años y es de sexo masculino.

En cuanto al estado conyugal de el médico de este municipio se encontró que éste esta casado.

El médico vive en área urbana del departamento. Existe una notable diferencia en la distribución urbana-rural de los recursos humanos en salud en donde se afirma que la mayoría de médicos se concentran en áreas urbanas, dejando las áreas rurales con escasa cantidad de personal principalmente de tipo especializado. En el municipio esta situación es marcada ya que el 100% del recurso humano médico lo representa 1 médico para un total de 20,281 habitantes. Esta cifra demuestra la baja cobertura en servicio que presenta Guatemala en área rural ya que como país la tasa es de 30.8 médicos por 10,000 habitantes.

Según análisis previo no existen datos de médicas en el municipio lo que confirma que internacionalmente, a pesar de la contribución de la mujer a la producción de salud, las mujeres permanecen en una posición de desventaja dentro del sistema de salud debido a que predominan en los escaños de más baja remuneración y prestigio dentro del sector formal de salud y permanecen sub-representadas en las estructuras del poder local y nacional. La historia de la profesión médica en Guatemala muestra una tendencia hacia la naturalización del hecho que el hombre desempeñara roles de

médico y la mujer de enfermera y partera. Para la mujer la superación de postgraduados (diplomados, maestrías, doctorados, especialidades médicas) significa realizar un esfuerzo adicional para conjugar adecuadamente la superación con la maternidad, crianza y educación de hijos menores, tareas domésticas.

Es importante señalar que el período reproductivo constituye otro factor importante que marca significativamente el desarrollo profesional de las mujeres, su superación y acceso a cargos de dirección y niveles de atención en salud. Todo lo anterior asociado a la situación de discriminación y marginalidad de la mujer, en cuanto a su acceso a la enseñanza científica y la gestión pública de salud en donde no existe igualdad de condiciones, incluidas las salariales, reconocimiento y estatus social.

No existen datos de recurso humano médico de edad joven ya que el único médico de esta población tiene una edad comprendida entre los 51-60 años. La mayor parte de la población joven del área rural de nuestro país debido a su inaccesibilidad a la educación se dedica a actividades laborales del sector informal que requieran menor entrenamiento académico o un título universitario que le proporcione el ingreso para sobrevivir.

El médico de este municipio labora ejerciendo su profesión como médico y cirujano.
En cuanto al número de lugares en los que labora el médico de este municipio, se encontró que labora en 2 lugares ejerciendo su profesión y práctica clínica. La primera es una entidad no institucional que considera como área laboral prioritaria y la segunda en es una institución estatal, ambas localizadas en el área urbana. Debido a que los datos que reportan los cuadros muestran únicamente el lugar prioritario en donde laboran lo médicos, no aparece el dato del resto de lugares que el médico considera en orden de prioridad. El médico realiza su labor como Médico director del Centro de Salud de Atescatempa, ejerciendo práctica clínica, de administración e investigación. Sin embargo este médico se dedica a la práctica clínica en su clínica privada la cual considera su lugar de

trabajo prioritario. Esto demuestra la inconformidad que presentan la mayor parte de los médicos a los salarios que ofrece el sector público de la salud en este país en donde los médicos se ven obligados al pluriempleo para satisfacer sus necesidades económicas.

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que el médico de este municipio posee el título de Licenciatura de Médico y Cirujano mas una especialidad en Epidemiología.

El médico de este municipio egresó de la Universidad San Carlos de Guatemala.

El origen del pluriempleo se basa en una situación de sueldos bajos en la que no basta con un trabajo para alcanzar el nivel económico que se espera. El resultado es una pérdida del derecho al descanso suficiente, y de ello se resiente tanto la calidad del trabajo realizado como la salud del trabajador. Además la competitividad exige hoy un enorme esfuerzo por el crecimiento exponencial del conocimiento, justo cuando el tiempo para adquirirlo es cada vez más escaso y las compensaciones económicas escasas obligan a horarios extenuantes de actividad asistencial.

Según la distribución de especialidades el médico ejerce su profesión como epidemiólogo en su clínica privada que considera su área de trabajo prioritaria localizada en el área urbana realizando ejercicio clínico.

La baja cobertura de asistencia médica en el municipio obliga a esta comunidad a solicitar atención sanitaria a los centros de atención de salud de la república hermana del El Salvador por encontrarse a una distancia cercana del municipio.

6.2.1.4 Discusión de resultados del Municipio de Comapa

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de uno.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad se encontró que el médico de este municipio es de sexo masculino.
No existen representantes del sexo femenino en la profesión médica. Nuevamente se confirma el resultado de la división sociosexual del trabajo, en donde la mujer sigue siendo protagonista del conflicto entre lo asignado y el reto impuesto por la sociedad, que le ha ofrecido las posibilidades de incorporarse al trabajo público, asumiendo responsabilidades sociales, pero sin modificar su lugar de madre y esposa en la casa, ni en el ejercicio de las tareas domésticas. Además existe una monopolización del conocimiento académico, basado en desigualdades sexistas que ha generado una brecha, con crecimiento exponencial, en la representación de hombres y mujeres en el sector de la salud. Que se refuerza con la discriminación en el acceso al conocimiento, en función de las clases sociales y raza.

El médico de este municipio se sitúa en el rango de edad de 50-60 años. Al analizar estos datos se deduce que la población joven guatemalteca, debido a la búsqueda de mejores oportunidades de trabajo se ha visto obligada a migrar a el área metropolitana tanto para un mejor entrenamiento como por razones de supervivencia económica.

En cuanto al estado conyugal de los médicos se encontró que el médico está casado.
El médico de este municipio reside en el área urbana. Las prioridades de salud de nuestro país están en los Lineamientos del Plan Nacional de Salud que indica la satisfacción de las necesidades de salud de la población así como también se menciona la Cobertura en salud para todos en las Metas del Milenio según la OPS/OMS. Esto en definitiva no se cumple en muchos municipios como lo es Comapa, ya que como se menciona anteriormente la tasa de médicos para esta población es de 1 médico x 25, 219 habitantes lo que revela la baja cobertura en servicios de salud que posee esta población.

El médico de este municipio reside en el área urbana. Aún dentro del municipio se evidencia la desproporción del recurso en su residencia que probablemente se debe a que en área urbana por razones de comodidad y conveniencia prefieren vivir los médicos.

En cuanto al número de lugares en los que los médicos laboran, se encontró que el médico del municipio labora en un solo lugar ya que labora en una institución estatal ejerciendo práctica clínica, institución localizada en área urbana. El médico ejerce su práctica como Médico director del Centro de Salud de Comapa, ejerciendo práctica clínica que a su vez incluye en muchas ocasiones realizar trabajo administrativo y de investigación. A diferencia de muchos médicos, es de notar que el médico que labora en el Centro de Salud de este municipio realiza su práctica únicamente en una institución estatal lo que puede ser debido a la carga laboral y horario que demanda esta institución o por razones personales.

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que el médico de este municipio posee únicamente el título de Licenciatura de Médico y Cirujano.
El médico de este municipio egresó de la de la Universidad San Carlos de Guatemala. Esto nos demuestra la depresión a nivel de salarios que hace que las oportunidades para continuar con un entrenamiento se vean escasas especialmente en áreas rurales del país. Y confirma que los profesionales mejor calificados no tienen como prioridad el sector público como lo son las instituciones del Ministerio de salud. El entrenamiento y grado académico son factores que definen el acceso de oportunidad laboral de un médico. Esto asociado a un sector privado centralizado en área metropolitana que aporta mejor tecnología, propiedades y salarios los cuales se abren a un personal médico entrenado y con mayor grado académico.

El acceso y rutas hacia el casco urbano representan una dificultad para los habitantes de las áreas rurales del municipio. El acceso a los servicios médicos es fundamental para el mejoramiento de la salud. En este caso los servicios no están disponibles por encontrarse a grandes distancias ya que se encuentran centralizados en el casco

urbano, y cuando están disponibles, la gente no puede acceder a ellos por razones como horas limitadas de la presencia del personal y costo del servicio. Lo que confirma que la accesibilidad de los servicios médicos esta influenciado por factores de tipo geográfico, económico, de organización y cultura los cuales pueden facilitar u obstaculizar el uso de los mismos.

6.2.1.5 Discusión de resultados del Municipio de Conguaco

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de dos médicos. La tasa de médicos es entonces de 1.14 por 10,000 habitantes. Hay un médico por 8,759 habitantes en el municipio en cuestión.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que el 50% de los médicos son de sexo masculino y el 50% de sexo femenino.

El 50% se sitúa entre las edades de 41 a 5º años y el otro 50% entre los 31 a 40 años.

En cuanto al estado conyugal de los médicos de este municipio, se encontró que el 100% está casado.

El 100% de los médicos residen en área urbana.

El 100% labora en el área urbana, la doctora labora en una institución estatal y en su clínica privada y el otro médico solamente en su clínica privada (entidad no institucional). La tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas ricas y preferiblemente urbanas predomina, lo que supone que gran parte de la población, en especial la que vive en las zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud. Se estima que un 20% de la población no cuenta con servicios de salud o su acceso a éstos es limitado, sobre todo en las comunidades más dispersas y alejadas. (203-205). Conguaco es entonces uno más de los municipios de Guatemala que ejemplifica la situación anterior, en

el interior del país se encuentra un número escaso de médicos que atiendan a la población y éstos se concentran principalmente el el área urbana, dejando prácticamente descubierta a la población del área rural, si quieren tener acceso a un profesional médico deben trasladarse hasta el área urbana, lo cual les es muchas veces difícil e incluso imposible.

En cuanto a la distribución según tipo de práctica se encontró que los dos médicos del municipio trabajan en el área clínica, ningún médico efectúa labores en docencia, investigación, ni administración ya que no existen instituciones que promuevan, o bien necesiten dichos servicios.

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que los dos médicos tienen solamente la licenciatura de médico y cirujano, extendida por la Universidad de San Carlos de Guatemala. Uno de los médicos, el de género masculino, realizó dos años de residencia en cirugía.

No hay profesionales de la salud realizando residencia en el municipio, así como tampoco especialistas, subespecialistas, ni quienes hayan obtenido títulos de maestría, doctorado o pos doctorado. Lo anterior puede deberse a la carencia de instituciones donde los médicos puedan acudir para capacitarse continuamente en el municipio. Tampoco hay programas de especialidades en el departamento de Jutiapa. Los estudios de especialidad se desarrollan en la ciudad capital, en los hospitales Roosevelt, San Juan de Dios, Hospital Esperanza, Hospital Militar y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y en muy pocos otros hospitales de los departamentos. (69, 137)

6.2.1.6 Discusión de resultados del Municipio de El Adelanto

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de uno. Los servicios de salud dependen críticamente del tamaño, habilidades y compromiso de la fuerza laboral en salud.

Los recursos humanos en salud son fundamentales para mejorar las condiciones de salud de la población, y también para alcanzar las "metas del milenio". (94) De allí que el número de médicos laborando en un lugar sea tan importante para lograr metas planeadas; la OMS propone un ideal de 25 médicos por cada 10,000 habitantes, dato que dista mucho de la realidad del municipio en cuestión.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que el médico que labora en el municipio es de sexo femenino.

La médica de este municipio se sitúa en el rango de edad entre 31 y 40 años.

En cuanto al estado conyugal de la médica de este municipio se encontró que ésta se encuentra casada.

La médica vive en área urbana del municipio.
Se encontró que la médica del municipio labora como médica y cirujana. No hay entonces médicos que se dediquen a otra profesión.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos, se encontró que la médica labora en un solo lugar.

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que la médica trabaja en una institución estatal en el área clínica. No hay médicos que realicen labores en docencia, investigación, ni administración, debido a la ausencia de instituciones que promuevan dichas actividades.

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que la médica de este municipio posee solamente el título de Licenciatura de Médico y Cirujano.

La médica de este municipio egresó de la Universidad San Carlos de Guatemala. El hecho de que la mayoría de médicos que labora en el interior de la Nación sean egresados de la misma universidad puede deberse a que en ella se da mucha importancia a la proyección social del profesional y se motiva a sus egresados a contribuir con el desarrollo de la población más necesitada.

No hay profesionales de la salud realizando estudios de posgrado en el municipio, así como tampoco especialistas, subespecialistas, ni quienes hayan obtenido títulos de maestría, doctorado o pos doctorado. Se ejemplifica así uno de los desafíos de América Latina en cuestiones de salud, el de la desproporción entre las diferentes categorías de los profesionales de la salud en los poblados (187, 189, 190, 204-206). El trabajo en áreas rurales o bien en el interior de la República se ha asociado a oportunidades limitadas de entrenamiento médico, interacciones y relaciones profesionales limitadas, menor exposición a tecnología de vanguardia, mucha responsabilidad y carga laboral, aislamiento social, pobres servicios sociales y en algunos casos menor oportunidad de ingreso económico. (95) Probablemente debido a lo anterior no encontremos más profesionales médicos que hayan continuado sus estudios de posgrado u otra licenciatura en el municipio.

6.2.1.7 Discusión de resultados del Municipio de El Progreso

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de cuatro. Hay 1 médico por cada 15 Km2. La tasa de médicos por habitante es de 1 por 4,589 habitantes. Éste dato comparado con lo esperado para el mundo, refleja la falta de una equitativa distribución de los médicos ya que se tiene como meta mínima 25 profesionales de la medicina por cada 10,000 habitantes, esto con el único objetivo de mejorar la atención en salud y disminuir la tasa de mortalidad.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que 75% pertenece al género masculino, 25% al femenino.

En cuanto al estado conyugal de los médicos del municipio 75% está casado y 25% soltero.

El 100% de los médicos reside en área urbana. Lo anterior indica que la población de las áreas rurales del municipio tiene que trasladarse a la cabecera municipal para poder encontrar servicio médico. Esta preferencia de los médicos por los cascos urbanos se debe principalmente a la comodidad de traslado hacia sus lugares de trabajo, mejor escolaridad para los hijos, mejores oportunidades de trabajo y acceso a mejores servicios de salud.

Se encontró que 100% de los médicos del municipio labora como médico y cirujano. No hay médicos que se dediquen a otra profesión.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos, se encontró que 50% trabajan en más de 1 lugar.

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que 100% se dedica al ámbito clínico, ninguno se dedica a la investigación o a la docencia. Del total de galenos, hay un médico que labora en el centro de salud del municipio, un médico trabaja en un sanatorio privado y dos médicos se dedican únicamente a su clínica.

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que 50% de los profesionales del municipio poseen solamente el grado académico de licenciatura, 50% posee una especialidad. No hay profesionales de la salud realizando estudios de posgrado en el municipio.

El 100% de los médicos son egresados de la Universidad San Carlos de Guatemala.

En cuanto a la distribución de las especialidades de los médicos, se encontró que 50% de los especialistas es ginecólogo y obstetra y 50% médico internista.

En cuanto a la distribución del lugar donde laboran los médicos en relación a su especialización, se encontró que 100% labora en el área urbana.

En cuanto a la distribución de la práctica profesional de los médicos en relación con su especialidad, se encontró que 100% se dedica a la clínica.

No se encontraron profesionales que posean alguna sub especialización, maestría, doctorado o pos doctorado.

6.2.1.8 Discusión de resultados del Municipio de Jalpatagua

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de cinco.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que 80% pertenece al género masculino y 20% al femenino.

En cuanto al estado conyugal de los médicos del municipio 80% está casado y 20% soltero.

El 100% de los médicos reside en área urbana, gran inconveniente para la gente que vive en áreas rurales lejanas del casco urbano.

Se encontró que 100% de los médicos del municipio labora como médico y cirujano. No hay médicos que se dediquen a otra profesión.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos, se encontró que 20% trabaja en más de 1 lugar.

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que 100% se dedica al ámbito clínico, ninguno se dedica a la

investigación o a la docencia. Se pudo constatar que tres de los médicos trabajan en instituciones privadas y dos laboran en sus clínicas particulares.

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que no hay profesionales de la salud realizando estudios de posgrado en el municipio. El 80% de los médicos tienen algún posgrado, solo uno de los médicos no cuenta con un titulo de especialidad.

El 100% de los médicos son egresados de la Universidad San Carlos de Guatemala.

En cuanto a la distribución de las especialidades de los médicos, se encontró que 50% de los especialistas es pediatra, 25% ginecobstetra y 25% médico internista.

En cuanto a la distribución del lugar donde laboran los médicos en relación a su especialización, se encontró que 100% labora en el área urbana.

En cuanto a la distribución de la práctica profesional de los médicos en relación con su especialidad, se encontró que 100% se dedica a la clínica.

En lo que a la distribución de los subespecialistas del municipio respecta, se encontró que existe solamente una subespecialista en neumología pediátrica, que labora en el ámbito clínico en una institución privada en área urbana.

No se encontraron profesionales que posean alguna maestría, doctorado o pos doctorado.

6.2.1.9 Discusión de resultados del Municipio de Jerez

No se encontraron médicos en este municipio.

6.2.1.10 Discusión de resultados del Municipio de Jutiapa

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de 53. Esta situación pone en evidencia la escasez de personal de salud en el interior de la República.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que 75% pertenece al género masculino, 25% al femenino.

El 92% de los médicos del municipio, se situaron entre las edades comprendidas entre los 31 y los 60 años. Y solamente el 8% restante de los médicos se sitúa por encima de esta edad. Esto puede estar en relación a la tendencia de los médicos jóvenes, menores de treinta años, a buscar especializarse y subespecializarse, lo cual los lleva a buscar los grandes centros de referencia donde puedan continuar su entrenamiento, o bien algunos viajan al extranjero. Además, muchos de los médicos prefieren incursionar en el medio profesional en la ciudad, lo cual resta profesionales a los departamentos. Por otro lado, en el extremo opuesto de la edad, también se encontraron pocos médicos de más de 60 años, esto se da porque muchos de ellos se retiran a relativa temprana edad, o bien existe algún componente de salud o familiar el cual los aleja del medio laboral; el retiro temprano de los médicos del municipio, posiblemente sea también por la expectativa de vida que tiene el profesional en nuestro país que es muy baja en comparación a otros países.

En cuanto al estado conyugal de los médicos del municipio 77% de los médicos del municipio están casados. El 16% son solteros y por último se encuentra el grupo de los unidos y divorciados con 3% y 1% respectivamente. El que el mayor porcentaje de médicos esté casado guarda relación con la distribución de las edades de los médicos ya que en nuestro país es muy común la práctica de casarse a edades tempranas.

El 100% de los médicos residen en área urbana. Esto denota que el médico tiende a buscar ciertas comodidades y facilidades que no

puede encontrar en el área rural. Entre estos factores pueden estar la accesibilidad, la oportunidad de continuar educándose, la disponibilidad de bienes, y como lo refiere el marco teórico una de los factores de mayor peso es el acceso a la educación y desarrollo de los hijos.

Se encontró que 100% de los médicos del municipio labora como médico y cirujano. No hay médicos que se dediquen a otra profesión. Esto significa que en este municipio hay suficientes plazas para los emplear a la totalidad de médicos. Además puede implicar que los galenos están satisfechos con la actividad a la que se dedican, y que logran un ingreso adecuado para satisfacer sus necesidades, sin tener la necesidad de emplearse en otras actividades.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos, se encontró que 63% trabajan en más de 1 lugar. Llama la atención que casi siempre se combinó el trabajo estatal con la clínica particular o bien, practica en lo privado. El pluriempleo y la tendencia del médico de no laborar en instituciones estatales, está basado en la remuneración económica ya que un solo empleo o los trabajos en el estado para el médico específicamente son muy mal pagados y no son suficientes para un nivel económico deseado.

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que 98% de los médicos labora en área urbana. El 52% de los médicos labora prioritariamente en una entidad estatal, seguidos por 33% cuya prioridad laboral es una entidad no institucional. El 95% se dedica al ámbito clínico, 4% labora en el área administrativa y 1% se dedica a la investigación prioritariamente. Ninguno se a la docencia. Los casos de médicos desempeñando labores administrativas se limitan a ciertas plazas gerenciales que son ocupadas por médicos, tal es el caso del área de salud, ONGs y Hospital Nacional. Es oportuno mencionar que es el Estado, el que mayor número de médicos dedicados a actividades administrativas aporta. Otro factor que determina este fenómeno, es la orientación laboral impuesta a lo largo de los años de formación del médico, la

cual es eminentemente dirigida hacia la práctica clínica, y tiene muy escaso enfoque hacia otras áreas. En cuanto a la docencia, es congruente no encontrar ningún profesional dedicado a esta materia, ya que no existe ninguna institución formativa, como extensiones de las facultades de medicina de las universidades, donde se requiere algún tipo de enseñanza en el campo de la medicina.

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que 71% de los médicos posee estudios de posgrado, de éstos, 54% posee alguna especialización, 11% de los especialistas realizó estudios de sub especialización, 6% del total de médicos del municipio están realizando residencia. No se encontraron médicos con doctorados o postdoctorados.

El 98% de médicos son egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, situación válida para ambos sexos y solamente hay un médico egresado de la Universidad Francisco Marroquín laborando en el municipio.

En cuanto a la distribución de las especialidades de los médicos, se encontró que 15% de los especialistas son ginecobstetras, seguidos por 11% de pediatras, 9% de cirujanos, 7% de médicos internistas, 3% de traumatólogos y 1% de anestesiólogos y dermatólogos cada uno. Cabe mencionar que la mayor proporción de especialistas del sexo masculino son cirujanos con 12% y que la mayoría de especialistas del sexo femenino son ginecobstetras y pediatras con 15% del total.

En cuanto a la distribución del lugar donde laboran los médicos en relación a su especialización, se encontró que 100% labora en área urbana, lo cual se debe probablemente a que en área rural aún no existe la capacidad adquisitiva de la población para poder acceder a la consulta privada del especialista.

Según el tipo de institución donde laboran los médicos, en relación a su especialización, se encontró que 22% de especialistas laboraban prioritariamente en el ámbito no institucional, seguido de 20% en

instituciones estatales, 7% para instituciones privadas y solamente el 3% para el ámbito autónomo. No se encontró a ningún especialista laborando en alguna ONG.

En cuanto a la distribución de la práctica profesional de los médicos en relación con su especialidad, se encontró que 50% se dedica a la práctica clínica; se encontró que un especialista masculino se dedica a la práctica administrativa y una especialista a la práctica investigativa.

En lo que a la distribución de los subespecialistas respecta, se encontró que hay 6 en este municipio, todos del sexo masculino. El 100% de los subespecialistas laboraban en el área urbana, 4 laboran en una entidad no institucional, uno en una entidad privada y otro en una institución autónoma y la práctica profesional de todo subespcialista es eminentemente clínica en este municipio.

No se encontraron profesionales que posean alguna maestría, doctorado o pos doctorado.

6.2.1.11 Discusión de resultados del Municipio de Moyuta

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de uno. Se confirma nuevamente la carencia de recurso humano médico que existe actualmente en el interior del país y demuestra la centralización de recursos humanos en el área metropolitana.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que el médico que labora en el municipio es de sexo masculino. La desproporción de médicos según el sexo no es la excepción en este municipio ya que no existe ninguna médica lo que confirma que las mujeres siguen estando subrepresentadas y tropiezan con serias limitaciones para ejercer sus derechos en las esferas económica y laboral. En nuestro país las mujeres son desproporcionadamente más pobres que los hombres guatemaltecos, tienen menos acceso a la educación y a la asistencia sanitaria y

marca una diferencia social de una población femenina con un acceso a educación superior del 4% y que se evidencia principalmente en la población de interior del país a diferencia de estadísticas a nivel mundial que revelan una mayor participación y enrolamiento de la mujer en facultades de Medicina y ejercicio profesional como médico.

El médico de este municipio se sitúa en el rango de edad entre 41-50 años. Se puede deducir que la población joven del área rural de nuestro país debido a su inaccesibilidad a una educación superior se dedica a actividades laborales del sector informal, que requieran menor entrenamiento académico o un título universitario.

En cuanto al estado conyugal del médico de este municipio se encontró que se encuentra casado.

El médico vive en área urbana del municipio.

Se encontró que el médico del municipio labora ejerciendo su profesión como tal. No hay entonces médicos que se dediquen a otra profesión.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos, se encontró que el médico labora en dos lugares.

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que el médico trabaja en una institución estatal que considera como área laboral prioritaria, además de su clínica privada. El médico del municipio realiza su labor como Médico director del Centro de Salud de Moyuta, ejerciendo práctica clínica que a su vez incluye en muchas ocasiones realizar trabajo administrativo y de investigación siendo una situación ampliamente conocida dentro del personal que conforma la Red de Servicio de Salud estatal. Sin embargo este médico labora en más de 1 lugar lo que confirma la situación de barrera financiera e insuficiencia económica secundario a oportunidades de salario y que afronta la mayor parte de nuestra

población en un país en donde los costos de vida se elevan cada día y obliga al desarrollo del pluriempleo.

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que el médico de este municipio posee solamente el título de Licenciatura de Médico y Cirujano.

El médico del municipio egresó de la Universidad San Carlos de Guatemala.

No hay profesionales de la salud realizando estudios de posgrado en el municipio, así como tampoco especialistas, subespecialistas, ni quienes hayan obtenido títulos de maestría, doctorado o pos doctorado.

6.2.1.12 Discusión de resultados del Municipio de Pasaco

No se encontraron médicos en este municipio

6.2.1.13 Discusión de resultados del Municipio de Quezada

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de cuatro. La tasa de médicos en el municipio es entonces de 1 por 10,000 habitantes. Hay un médico por 9,450 habitantes en el municipio en cuestión. Existe una notable carencia de médicos en el municipio; como ya se había planteado en el marco teórico, la mayoría de los galenos prefieren el trabajo en la capital más que en el interior de la República. Las autoridades guatemaltecas reconocen que 4 millones de sus habitantes (aproximadamente 1/3 de la población) no tienen acceso a ningún tipo de servicio de salud, y es probable que otro porcentaje similar tenga difícil acceso o el servicio al que tienen acceso sea de poca calidad y poco efectivo. (126). Guatemala, al igual que muchos países de la Región de las Américas, tiene deficiencias en el número de recursos humanos. (18). Pero el problema no es sólo de números, es también de distribución del personal. En la ciudad

capital se encuentra localizado el 80% de los médicos. (18, 140), dejando a los departamentos con una noble escasez de personal.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que 100% pertenece al género masculino.

Los médicos de este municipio se sitúan en el rango de edad entre 41 y 50 años.

En cuanto al estado conyugal de los médicos del municipio 100% está casado.

El 100% de los médicos reside en área urbana.

Se encontró que 100% de los médicos del municipio labora como médico y cirujano. No hay médicos que se dediquen a otra profesión.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos, se encontró que 100% trabajan en un solo lugar.

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que ambos profesionales desempeñan su labor médica en el área urbana, uno labora en una institución estatal y el otro en su clínica privada (no institucional) y los dos en el área clínica. El hecho que los dos médicos se localicen en el área urbana deja sin cobertura o con un muy difícil acceso a médicos a la población del área rural. Esto produce inequidad ya que la mayoría de la población de escasos recursos tiene un acceso muy limitado a esta clase de servicios. (92) Ningún médico efectúa labores en docencia, investigación, ni administración. En el municipio se dificulta laborar en otro ámbito ajeno al clínico ya que no se encuentran instituciones que promuevan la investigación, tampoco hay cátedras de estudios superiores donde pueda laborar el profesional médico. El médico que labora en el centro de salud es el único que puede combinar las labores clínicas con las de administración, ya que es él quien debe

atender la consulta durante un cierto horario del día, para luego atender los asuntos administrativos de la institución donde labora.

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que los médicos del municipio poseen solamente el grado de licenciatura. No hay profesionales de la salud realizando estudios de posgrado en el municipio. Los estudios de especialidad se desarrollan en la ciudad capital, en los hospitales Roosevelt, San Juan de Dios, Hospital Esperanza, Hospital Militar y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y en muy pocos otros hospitales de los departamentos. (69, 137) Debido a lo anterior no existen médicos residentes en el municipio, ya que no se ofrece esta posibilidad a los médicos generales.
El 100% de los médicos son egresados de la Universidad San Carlos de Guatemala.

En cuanto a la distribución de las especialidades de los médicos, se encontró que tampoco hay especialistas, subespecialistas, ni quienes hayan obtenido títulos de maestría, doctorado o pos doctorado. La población debe ser referida ya sea a la cabecera municipal, o bien a la capital de la República, para servicios especializados y exámenes específicos, lo que representa una gran dificultad para acceder a dichos medios, ya sea por situaciones económicas, de tiempo o de transporte. Como ya se sabe, las desproporciones en la fuerza de trabajo en salud, son una constante en casi todos los sistemas de salud, especialmente en aquellos de países en vías de desarrollo. La distribución de los profesionales de salud tiene implicaciones críticas en lo que a equidad y acceso a la salud corresponde. Por lo tanto estos últimos pueden ser mejorados mediante una reubicación de los recursos humanos. Se ha determinado que la decisión y las preferencias de los trabajadores de salud son de vital importancia a la hora de elegir un puesto en el área rural. (95)

6.2.1.14 Discusión de resultados del Municipio de San José Acatempa

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de uno. La tasa de médicos en el municipio es entonces

de 0.91 por 10,000 habitantes. Hay un médico por 11,049 habitantes en el municipio en cuestión, se observa claramente la carencia de personal médico profesional que afronta el municipio. Lo anterior probablemente pueda explicarse a que el trabajo en áreas rurales o bien en el interior de la República se ha asociado a oportunidades limitadas de entrenamiento médico, interacciones y relaciones profesionales limitadas, menor exposición a tecnología de vanguardia, mucha responsabilidad y carga laboral, aislamiento social, pobres servicios sociales, en algunos casos menor oportunidad de ingreso económico (95), y en este caso en particular al peligro que significa laborar en la región. Es importante mencionar que la motivación intrínseca y personal juega un rol determinante a la hora de escoger un puesto en el área rural o en el interior del país. Tal es el caso de aquellas personas que tienen como convicción ayudar a los pobres, sanar a los más enfermos o bien, de jugar un papel protagónico en el fenómeno social. Aquellos que tienen un fuerte criterio sobre la justicia en la distribución de los recursos también son más anuentes a ayudar a los pobres. Así mismo factores como el lugar de procedencia, o bien, si lo padres aún viven en un área rural puede favorecer a un profesional en salud a escoger un puesto en el área rural o en algún departamento. (95).

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que el médico que labora en el municipio es de sexo masculino. Por la misma idiosincrasia de la población quizá sea éste del género masculino, una médica no hubiese tenido la misma aceptación de la población.

El médico de este municipio se sitúa en el rango de edad entre los 31 y 40 años.

En cuanto al estado conyugal del médico de este municipio se encontró que se encuentra casado.

El médico vive en área urbana del municipio.

Se encontró que el médico del municipio labora ejerciendo su profesión como tal. No hay entonces médicos que se dediquen a otra profesión.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos, se encontró que el médico labora en un solo lugar.

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que el médico trabaja en área urbana, en una institución estatal en el área clínica y administrativa. Prácticamente el área rural no cuenta con ningún profesional de la salud que atienda sus problemas y necesidades cerca de su comunidad. No hay médicos que realicen labores en docencia, ni investigación, debido a la carencia de instituciones que promuevan dichas actividades y de incentivos para las mismas.

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que el médico de este municipio posee solamente el título de Licenciatura de Médico y Cirujano.

El médico del municipio egresó de la Universidad San Carlos de Guatemala; es así como continúa la tendencia de los egresados de dicha Universidad, de trasladar su vivienda al interior del país y laborar en dicho ambiente.

No hay profesionales de la salud realizando estudios de posgrado en el municipio, así como tampoco especialistas, subespecialistas, ni quienes hayan obtenido títulos de maestría, doctorado o pos doctorado. La falta de atractivos académicos y de salario, de recursos para laborar, incluso la carencia de las comodidades que se poseen en la capital de la nación, así como la situación de seguridad del municipio no promueven el traslado de especialistas, subespecialistas, o poseedores de títulos de maestría o doctorados al mismo.

6.2.1.15 Discusión de resultados del Municipio de Santa Catarina Mita

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de cuatro. La tasa de médicos en el municipio es entonces de 1.68 por 10,000 habitantes. Hay un médico por 5,937 habitantes en el municipio en cuestión. Es clara la escasez de Recurso Humano Médico en Guatemala, y en este caso en los municipios de Jutiapa. Como ya se ha expuesto, el Recurso Humano en Salud es la clave para alcanzar las “metas del milenio” (94) el municipio en cuestión dista mucho de poseer el personal suficiente para lograrlas.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que 50% pertenece al género masculino, 50% al femenino. De acuerdo así con la distribución por sexo la proporción entre el género masculino y femenino es igual.

Los médicos de este municipio se sitúan en el rango de edad entre 31 a 50 años las del género femenino y 41 a 60 años para el género masculino.

En cuanto al estado conyugal de los médicos del municipio 100% está casado.

El 100% de los médicos reside en área urbana.Nuevamente se confirman las estadísticas propuestas por el Banco Mundial, donde se expone, luego de realizar estudios que dos tercios de los estudiantes de enfermería, y un 90% de los estudiantes de medicina, prefieren trabajar en el área urbana en vez del área rural, a largo plazo. En esto, como se mencionó anteriormente, juegan un papel importante factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico (otros trabajos), buena educación para los hijos, acceso a buenos servicios de salud, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. (95)

Se encontró que 100% de los médicos del municipio labora como médico y cirujano. No hay médicos que se dediquen a otra profesión.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos, se encontró que 50% trabaja en un solo lugar y 50% en dos lugares.

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que tres médicos le dan prioridad a su trabajo en una institución estatal y una le da prioridad a su trabajo en su clínica privada. Los cuatro médicos del municipio laboran en el ámbito clínico. No hay quienes realicen labores en docencia, investigación, ni administración.

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que 75% de los profesionales cuentan solamente con el título de licenciatura.

El 75% de los médicos son egresados de la Universidad San Carlos de Guatemala. El restante 25% corresponde a una médica que obtuvo su título en una universidad extranjera. Como ya se ha expuesto en otros municipios los médicos no encuentran en el interior del país muchas oportunidades para continuar sus estudios profesionales, no existen programas de residencia en este municipio, ni en todo el departamento, por lo que no se encuentran residentes en ésta área, los únicos estudiantes de especialidades en Jutiapa, laboran en el Hospital Departamental y son enviados para su Ejercicio Profesional Supervisado desde la capital de país a varios departamentos.

En cuanto a la distribución de las especialidades de los médicos, se encontró que la única médica con estudios de posgrado en el municipio obtuvo otra licenciatura adicional, así como una especialización en Medicina Familiar.

En cuanto a la distribución del lugar donde laboran los médicos en relación a su especialización, se encontró que la médica especialista labora en área urbana.

En cuanto a la distribución de la práctica profesional de los médicos en relación con su especialidad, se encontró que la médica especialista se dedica a la clínica.

No hay médicos realizando estudios de posgrado en el municipio. No se encontraron tampoco profesionales que posean alguna sub especialización, maestría, doctorado o pos doctorado en el municipio. Los médicos que continuaron sus estudios encuentran muchas veces poco atractiva la vida en el interior de país, debido a las carencias que en ella se presentan desde económicas, como académicas y profesionales, tecnológicas y educativas, incluso de recreación.

6.2.1.16 Discusión de resultados del Municipio de Yupiltepeque

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de uno. El galeno en cuestión es el único médico en 36 Km2, quien debe cubrir una población de 14,080 habitantes lo que equivale a 13 veces más habitantes, que el promedio propuesto por la OMS.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que el médico que labora en el municipio es de sexo masculino. No hay ninguna galena en el municipio, lo que demuestra que existe aún mucha diferencia en la distribución de los médicos según sexo, lo anterior puede deberse a la discriminación que sufre la mujer y la falta de acceso a plazas privadas y públicas para este género.

En cuanto al estado conyugal del médico de este municipio se encontró que se encuentra casado.

El médico vive en área urbana del municipio.

Se encontró que el médico del municipio labora ejerciendo su profesión como tal. No hay entonces médicos que se dediquen a otra profesión.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos, se encontró que el médico labora en dos lugares.

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que el médico trabaja en una institución estatal que considera como área laboral prioritaria, además de su clínica privada.

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que el médico de este municipio posee solamente el título de Licenciatura de Médico y Cirujano.

El médico del municipio egresó de una universidad cubana y homologó su título en Guatemala.

No hay profesionales de la salud realizando estudios de posgrado en el municipio, así como tampoco especialistas, subespecialistas, ni quienes hayan obtenido títulos de maestría, doctorado o pos doctorado.

6.2.1.17 Discusión de resultados del Municipio de Zapotitlán

No se encontraron médicos en este municipio.

6.2.2. Limitaciones

Durante la recolección de datos en el departamento de Jutiapa se logró entrevistar 96 médicos, este número supera al listado de médicos proporcionado por el Colegio de Médicos de Guatemala. Sin embargo es necesario mencionar que no se localizó a 30 médicos en sus clínicas o vía telefónica. Inclusive hubo médicos que no accedieron a la entrevista. Del

total de médicos del departamento, 1 médico había fallecido al momento de la entrevista.
La mayor parte de los médicos se entrevistó en la cabecera departamental, principalmente en el Hospital Nacional de Jutiapa. Se logró localizar a varios médicos en sus clínicas privadas, la mayoría localizadas en las cercanías del Hospital. En el municipio de Asunción Mita se entrevistó 16 médicos.

El acceso a los médicos fue en ocasiones difícil, por la lejanía y debido a la mala condición de las carreteras, sin embargo en todos los lugares visitados los habitantes colaboraron con la investigación brindando la información pertinente.

No existen médicos laborando actualmente en los municipios de Zapotitlán, Jerez y Pasaco. municipios que colindan la República de El Salvador, en donde los habitantes de estas comunidades reciben atención de salud proporcionado por centros asistenciales del país vecino.

6.3 Departamento de Santa Rosa

El número total de médicos encontrado en este departamento al momento del estudio fue de 141 médicos. El departamento de Santa Rosa posee un promedio de 2 médicos por 10,000 habitantes**,** esto representa una distribución de 1 médico por cada 2336 habitantes. Según la extensión territorial del departamento existe 1 médico por cada 34 Km^2.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que 72% son del sexo masculino y 28% del femenino. (Cuadro No.1) Lo anterior significa que hay oportunidades laborales para las mujeres y se correlaciona con la propuesta ya establecida por la OMS en el año 1998 sobre la equidad, solidaridad y justicia social en cuanto a género y a la incorporación de la perspectiva de género en las estrategias de salud. Existe un claro reconocimiento de que tanto la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres, como la mejora de la posición de las mujeres son necesarias para optimizar la salud y garantizar el desarrollo sostenible. (61)

El 32% de los médicos tiene una edad comprendida entre los 31 y 40 años, lo que significa que el recurso humano médico de Santa Rosa es una población relativamente joven. La población joven de médicos se debe en parte a médicos residentes que laboran en el Hospital Regional y en parte a médicos recién graduados que al encontrar saturado el campo en la cuidad capital, deciden abrirse campo en el interior del país.

En cuanto al estado conyugal de los médicos (cuadro 2), se encontró que 68% de médicos está casado y 26% permanece soltero. En el caso de las mujeres, 50% se encuentra casada y el otro 50% permanece soltera.

El 93% de los médicos reside en área urbana, en donde hay mayor accesibilidad a los servicios, tecnología y disponibilidad de empleos mientras que 7% se localiza en área rural. (Cuadro No.3)

Se encontró que 97% de los médicos del departamento, labora únicamente como médico y cirujano (cuadro 4 y 5). Únicamente 3% restante ya no ejerce la profesión de Médico y Cirujano. El 70% del total de médicos activos es de sexo masculino y 27% corresponde al sexo femenino. Ningún otro médico ejerce otra profesión. Lo anterior indica que los médicos no se encuentran sub empleados, ya que únicamente tres de ellos no ejercen por estar jubilados.

El 57% de médicos labora en un sólo lugar y 43% restante en mas de 2 lugares. (Cuadro No.6) Esto evidencia la realidad a la que el médico guatemalteco se enfrenta, en donde una pobre remuneración lo obliga a buscar otro lugar de trabajo adicional a fin de aumentar sus ingresos. Además, los salarios en las instituciones estatales, privadas y ONG son fijos, por el contrario, en los lugares no institucionales el ingreso depende de la cantidad de pacientes vistos; por esta razón el médico busca trabajar en ambos lugares para obtener mayor remuneración. El pluriempleo es una realidad conocida que afrontan la mayoría de sistemas de salud, y una de las causas del absentismo laboral en las instituciones públicas.

En cuanto a la distribución de los médicos según lugar, institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran (cuadros 7, 8 y 9), se encontró que 96% labora en área urbana y 4% lo hace en área rural. De estos, 42%

trabaja en una institución tipo estatal y 38% en una no institucional. El 97% de ellos se dedica a la práctica clínica. (Cuadro No.7) El 100% de las médicas labora en área urbana, de las cuales 82% labora en una institución de tipo estatal. El 87% de ellas, realiza una práctica clínica. (Cuadro No.8). El lugar prioritario de práctica profesional lo representa las entidades estatales con 53%. (Cuadro No. 9)

Según el lugar donde laboran los médicos, se encontró que el tipo de institución donde desempeñan su labor prioritariamente (cuadros 10, 11 y 12), son las entidades estatales, correspondiendo a 41% de los médicos del sexo masculino quienes labora en área urbana, para una institución estatal. El 38% trabaja en una entidad no institucional en área urbana. Lo anterior difiere mucho de lo ocurrido con el sexo femenino, ya que 100% labora en el área urbana y 82% se encuentra agrupado en instituciones estatales. En resumen, del total de médicos encuestados, 52% trabaja en una institución estatal en el área urbana. (Cuadro No.12)

El Hospital Regional de Cuilapa, al igual que el resto de Sanatorios Privados, Instituciones Estatales y Autónomas y la mayoría de clínicas no institucionales, está ubicado en el casco urbano del municipio. Esto conduce a la centralización de recursos humanos médicos, ya que como se observa en los resultados, 97% de médicos labora en área urbana. Las ONG, por lo general se ubican en áreas rurales, razón por la cual los médicos que laboran en área rural, lo hacen en este tipo de instituciones.

Este desequilibrio en la distribución del recurso médico evidencia la inequidad en la atención sanitaria, que afecta directamente a la población que reside en áreas rurales y que presentan más limitaciones para acceder a los servicios de salud. Los datos anteriores se correlacionan con otros estudios en donde la disponibilidad de médicos en las zonas urbanas es entre 1, 4 y 5 veces superior a la tasa general, y entre 8 y 10 veces mayor que en las zonas rurales. (93)

El 53% de médicos trabaja para una institución estatal, como lo es el Hospital Regional de Cuilapa, el Área de Salud de Santa Rosa y centros de salud. El 33% de médicos labora en clínicas no institucionales, ubicadas en su mayoría en el municipio de Barberena. Se observa que los médicos que trabajan dentro de instituciones estatales ocupan cargos tanto clínicos como docentes,

administrativos y de investigación, todas éstas necesarias para el fortalecimiento tanto estructural como académico de los diversos componentes del sistema de salud; por otro lado, el resto de instituciones solo se dedican a financiar prácticas clínicas.

En cuanto a la distribución del lugar donde laboran los médicos de este departamento, en relación a la práctica profesional a la que se dedican (cuadros 13, 14 y 15), se encontró que de los médicos hombres, 93% se dedica a práctica clínica en área urbana. No se encontró médicos que se dediquen a docencia, investigación y administración en área rural. De las mujeres, 87% se dedica a práctica clínica en área urbana. No se encontraron médicas laborando en áreas rurales. Del total de médicos 91% se dedica a clínica. A nivel rural no hay médicos que se dediquen a la docencia, administración o investigación.

En cuanto a la distribución del tipo de institución donde laboran los médicos, en relación a la práctica profesional a la que se dedican (cuadros 16,17 y 18), se encontró que los médicos de género masculino, 40% se dedica a práctica clínica en una institución estatal y 38% en un lugar no institucional. De las médicas, 68% realiza una práctica clínica en una entidad estatal y 8% se dedica a docencia.

El Hospital Regional es un hospital escuela por lo que es importante mencionar que muchos de los médicos que son jefes de servicios realizan también una labor docente. Los médicos dedicados a la labor administrativa, son quienes forman parte de la junta directiva del Hospital Regional de Cuilapa. Lamentablemente solo 1% del total de médicos realiza práctica de investigación, lo que demuestra el poco interés de los médicos por el área de investigación.

Resulta importante resaltar que sólo mujeres se encuentran en puestos administrativos, de investigación o docencia, lo cual representa el claro reconocimiento en la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres así como la participación de la mujer en el sector salud.

Según la distribución del grado académico de los médicos del departamento (cuadro 19), se encontró que 80% de los médicos posee estudios de postgrado aparte de la licenciatura de médico y cirujano. Esto fue válido tanto para el sexo

femenino, como para el sexo masculino. El 26% de médicos posee únicamente licenciatura de Médico y Cirujano, siendo 21% masculino y 5% femenino. El 28% se encuentra realizando estudios especialización. Un 37% cuenta con especialidad, siendo de éstos 28% masculino y 9% femenino. De los médicos especialistas, 24% posee una sub especialidad. El 8% de médicos entrevistados tiene una maestría. No se entrevistó médicos que reportaran tener un doctorado o post doctorado.

El 50% de médicos es especialista y 24% es sub especialista. Como se puede observar, a mayor grado académico, menor porcentaje de médicos encontrados. Obtener una especialización, maestría o doctorado, requiere de tiempo, dinero y dedicación, factores que posiblemente no se les facilitan a muchos médicos, por lo que prefieren empezar a obtener ingresos trabajando como médicos generales. Además se sabe que la escasez de médicos con especialidades en hospitales departamentales causa un déficit en la capacidad resolutiva de estas instituciones, no garantizando de esta manera la calidad de los servicios (141).

Se encontró que 99% de los médicos son egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, situación válida para ambos sexos. (Cuadro No.20). Esto se debe a mayor proporción de estudiantes encontrados dentro de universidades estatales en comparación a las universidades privadas.

En cuanto a la distribución de las residencias que se realizaban en el departamento al momento del estudio (cuadro 21), se encontró que 33% de los médicos pertenece al post grado de Cirugía, 26% a Medicina Interna, 23% a Pediatría y 18% a Ginecología y Obstetricia.

El Hospital Regional de Cuilapa es un hospital escuela que cuenta con 39 residentes en formación dentro de las cuatro especialidades básicas de medicina. Se puede notar una igual distribución entre las especialidades, en las cuales hay tanto hombres como mujeres lo cual favorece una mejor colocación del recurso médico y promueve la calidad del servicio.

Es importante mencionar que los médicos residentes constituyen 39% de médicos del departamento. Sin embargo, la mayor parte de ellos al terminar su entrenamiento regresan a su lugar de origen o se van a la capital, quedando

poca disponibilidad de especialistas en esta región. Las razones para esta migración de especialistas se debe a factores tanto económicos como sociales.

Según la distribución de las especialidades (cuadro 22), se encontró que existe mayor número de ginecobstetras siendo ellos el 22% de los especialistas, 20% son Internistas, 16% Pediatras y 16% es Cirujanos. Se encontró médicos con especialidad en: Anestesiología, Traumatología, Radiología, Dermatología, Psiquiatría, Patología y otras.

Se debe incrementar el número de médicos con grado académico mayor, para poder cumplir con la misión de OPS/OMS de la unidad de recursos humanos para la salud, la cual consiste en "aumentar la eficiencia, calidad y equidad de los servicios de salud por medio de una fuerza de trabajo bien formada, bien distribuida y bien retribuida que tenga la capacidad de satisfacer las necesidades de salud de toda la población y que esté comprometida con la entrega de los mejores servicios sanitarios." (13)

En cuanto a la distribución del lugar donde laboran los médicos en relación a su especialización (cuadros 23,24 y 25), se encontró que 100% labora en área urbana. Esto confirma inequidad de servicios de salud en este departamento lo que representa uno de los problemas de salud pública que afecta los países de Latinoamérica estando esto directamente relacionado con la problemática del recurso humano en salud. (92)

Según el tipo de institución donde laboran los médicos, en relación a su especialización (cuadros 26, 27 y 28), se encontró que 31% de los especialistas masculinos trabaja a nivel estatal y 43% en un lugar no institucional. Las médicas especialistas se encuentran distribuidas en instituciones estatales y entidades no institucionales, con porcentajes de 84% y 16% respectivamente. De los médicos especialistas, los que ejercen en institución estatal corresponden a 42%, y 36% labora en entidad no institucional. Con base a lo previo, podemos decir que existe una distribución razonable entre sector público y privado lo que garantiza la accesibilidad de servicios a toda la población.

El 100% de médicos especialistas se encuentra ubicado en área urbana, principalmente en los municipios de Cuilapa, Barberena y Chiquimulilla. Esto se

debe a que en áreas urbanas de estos municipios se ubican el Hospital Regional de Cuilapa, varios sanatorios privados y la mayor parte de clínicas no institucionales; además la población cuenta con medios suficientes para pagar servicios de salud. Estos factores atraen, invariablemente, a más médicos especialistas. En consecuencia, se suele registrar niveles más elevados de especialistas en centros urbanos que cuentan con hospitales docentes y altos niveles de ingresos.

En cuanto a la distribución de la práctica profesional de los médicos de este departamento en relación a su especialidad (cuadros 29, 30 y 31), se encontró que 84% se dedica a la clínica y 8% a la investigación y administración; por esto, resulta importante evaluar, con base a las necesidades de la población, mejor distribución de los especialistas, para poder garantizar una mejor calidad de atención.

En lo que a la distribución de los subespecialistas respecta, 98% pertenece al género masculino y 8% al femenino. (Cuadro No.32) Se encontró médicos con sub especialización en: Cirugía Pediátrica, Dermatología, Gastroenterología, Infertilidad, Infectología, Neurocirugía, Neurología, Ontología y otros. El 100% de sub especialistas ejerce en área urbana. (Cuadro No.33 al 35). El 55% en una entidad no institucional, todos realizando práctica clínica. (Cuadro No.36 y 39). La única mujer sub especialista desempeña su trabajo en entidad no institucional, siendo su práctica profesional de carácter clínico. (Cuadro No.37 y 40)

En cuanto a la distribución de las maestrías de los médicos de este departamento (cuadro 42), se encontró que 62% corresponde a hombres y 38% a mujeres. Se encontró médicos con las siguientes maestrías: Administración Hospitalaria, Homotoxicología, Epidemiología, Medicina Forense, Medicina Ocupacional, Psicología Clínica, Salud Publica y Enfermedades Tropicales.

La totalidad de profesionales con grado de maestría labora en área urbana (cuadros 43, 44 y 45). Es importante observar que 73% labora en instituciones estatales. En muchas ocasiones es la misma institución quien exhorta al médico y le facilita la posibilidad de obtener este tipo de estudios. La mayoría de los médicos prefiere laborar en áreas urbanas, por accesibilidad a servicios, mejor

paga, mejores escuelas para su hijos; sin embargo esto va en contra de garantizar accesibilidad de los recursos para todas las personas. (63, 90, 95)

El 50% de médicos con maestría se dedica principalmente a la práctica clínica y 50% se divide equitativamente entre administración e investigación. Esto demuestra el bajo porcentaje de médicos que se dedica a administración, investigación y docencia; y confirma la necesidad de recurso humano médico con mayor grado académico para poder garantizar mejor calidad de atención y lograr mayor eficiencia y eficacia de los sistemas de salud.

No se encontró profesionales con grado de doctorado o postdoctorado en este departamento.

6.3.1.1 Discusión de resultados del Municipio de Barberena

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de veintiséis médicos, lo que equivale a 1 médico por cada 1,696 habitantes y 1 médico cada 9.5 km². Como se puede observar la población asignada para cada médico es muy grande, ya que es aquí donde se concentra la mayoría de los habitantes de Santa Rosa.

En cuanto a la distribución por edad, los resultados muestran que labora una población adulta de médicos ya que la media es de 48 años. El 64% de médicos hombres oscilan entre los 51 a 60 años, mientras que las mujeres 52% oscilan entre 41 a 50 años.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que 92% pertenece al género masculino, 8% al femenino. La poca proporción de mujeres médicas se debe a limitaciones sociales que aún persisten en nuestra población.

En cuanto al estado conyugal de los médicos del municipio 75% está casado y 25% soltero.

El 95% de los médicos reside en área urbana. Esto se debe a que la mayoría de los médicos labora en áreas urbanas por lo que prefieren

vivir cerca del trabajo, además de las comodidades que éste representa.

Se encontró que 100% de los médicos del municipio labora como médico y cirujano. No hay médicos que se dediquen a otra profesión.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos, se encontró que 58% trabajan solamente en un lugar, 42% labora en dos lugares. Es importante mencionar que las médicas trabajan en un sólo lugar.

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que 100% se dedica al ámbito clínico, ninguno se dedica a la investigación o a la docencia, 100% de los médicos labora en área urbana, 62% de una forma no institucional y 25%para una institución privada. Todas las instituciones, tanto estatales como privadas, y las clínicas particulares están ubicadas en el centro, con lo que se demuestra una vez más la mala distribución de recursos y la centralización a nivel urbano. La escasez de trabajadores de salud se agrava por la tendencia de los profesionales a ubicarse en áreas urbanas, lo que determina una mala distribución de los recursos humanos y una reducción del acceso a los servicios de salud de los ciudadanos que residen en las zonas rurales. Existen notables diferencias en la distribución urbana-rural de los recursos humanos en salud. En general, la disponibilidad de médicos en las zonas urbanas es entre 1,5 y 4 veces superior a la tasa general, y entre 8 y 10 veces mayor que en las zonas rurales. (53)

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que 54% de los médicos son especialistas, 11% son sub especialistas y solamente 3% posee una maestría. No se encontraron médicos que tuvieran algún grado de doctorado o pos doctorado. Es importante mencionar que si se encuentran medicas especialistas en el área pero su prioridad laboral no esta en esta región. Por esta razón, no se toman en cuenta dentro de los resultados de este municipio.

El 100% de los médicos son egresados de la Universidad San Carlos de Guatemala.

En cuanto a la distribución de las especialidades de los médicos, se encontró que 74% de los especialistas son ginecólogos, 11% cirujanos generales, 11% médicos internistas y 4% traumatólogos.

En cuanto a la distribución del lugar donde laboran los médicos en relación a su especialización, se encontró que 100% labora en el área urbana. No se encontró ningún médico especialista que labore en área rural. Solamente un Traumatólogo labora en una institución estatal, el resto de especialistas está repartido entre las instituciones privadas y no institucionales. En casi su totalidad, los médicos especialistas trabajan en más de 2 lugares, siendo estas clínica particulares ubicadas en distintos departamentos. Se evidencia que la mayoría de ellos le da mayor prioridad al trabajo no institucional y realizan una práctica puramente clínica.

En cuanto a la distribución de la práctica profesional de los médicos en relación con su especialidad, se encontró que 100% se dedica a la clínica.

En lo que respecta a la distribución de los sub especialistas, solamente 3 médicos poseen algún grado de sub especialización, lo que equivale a un 11% del total. Uno de ellos es Infectólogo y el resto tienen sub especialidades clasificadas como otros. Todos trabajan en un área urbana, laboran de forma no institucional y realizan una práctica clínica.

En cuanto a la distribución de las maestrías, solamente dos médicos de Barberena realizaron una, siendo uno del sexo masculino y el otro del femenino. Juntos constituyen el 7% del total de médicos. El médico realizó una maestría en Salud Pública y Enfermedades Tropicales, realiza una práctica clínica y trabaja para una institución estatal. La medica realizo una maestría en Epidemiología, realiza una práctica clínica y labora para una institución estatal. Ambos trabajan en un área urbana. Es importante observar que los médicos con

maestrías relacionadas con la salud pública, a diferencia del resto de especialistas, laboran en instituciones estatales, ya que es allí donde realmente pueden aplicar sus conocimientos. Además, en muchas ocasiones es la misma institución quien exhorta al médico y le facilita la posibilidad de obtener este tipo de estudios.

No se encontraron médicos con algún grado de doctorado o pos doctorado.

6.3.1.2 Discusión de resultados del Municipio de Casillas

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de uno, lo que significa que el municipio cuenta con 1 médico para 22,667 habitantes y 1 médico en 184 km². Es muy difícil que 1 médico logre abarcar todas las necesidades de la población, sin embargo, por la cercanía a Nueva Santa Rosa, muchos de los habitantes prefieren viajar a esta región para recibir atención médica. La poca proporción de médicos en la región se debe a limitaciones geográficas, ya que Casillas es uno de los municipios más alejados de Santo Rosa, lo cual dificulta el trasporte, prolonga el tiempo de llegada y aumenta los costos.

Es evidente la falta de personal en el sistema de salud ya que existen grandes extensiones de territoriales sin acceso a un servicio medico calificado. Según el Informe sobre la salud en el mundo 2003: “El problema más delicado que afrontan los sistemas de atención sanitaria es la escasez de personal para hacerlos funcionar. Aunque especialmente grave en los países en desarrollo, sobre todo en el África subsahariana, esta crisis afecta a todos los países. Por desgracia, tanto los gobiernos nacionales como los organismos internacionales siguen considerando que las cuestiones referentes al personal son relativamente poco importantes. Urge reforzar rápida y sustancialmente la fuerza de trabajo para sacar provecho de los fondos y los productos farmacéuticos de que ya disponemos”. (147)

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que el médico que labora en el municipio es de sexo femenino.

La médica de este municipio se sitúa en el rango de edad entre 41 y 50 años.

En cuanto al estado conyugal de la médica de este de este municipio se encontró que ésta se encuentra casada.

La médica vive en área urbana del municipio.

Se encontró que la médica del municipio labora como médica y cirujana. No hay entonces médicos que se dediquen a otra profesión.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos, se encontró que la médica labora en un solo lugar.

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que la médica del municipio labora para una institución estatal y realiza una práctica clínica. No hay médicos que realicen labores en docencia, investigación, ni administración, debido a la ausencia de instituciones que promuevan dichas actividades. La atención médica esta ubicada en el área urbana, ya que es aquí donde se encuentra el Centro de Salud donde la médica labora junto a una enfermera; demostrando una vez más la mala distribución de recursos y la centralización a nivel urbano. Además de las distancias hasta los servicios de salud, acudir a ellos también tiene un coste económico que muchos habitantes tienen que asumir. Aunque la sanidad pública sea gratuita, hay que contemplar los costes de transporte, medicamentos, alimentación y exámenes de laboratorios, entre otros. Lamentablemente la mayoría de los habitantes no tienen acceso a un medio de trasporte adecuado para acudir al servicio de salud ubicado en la zona central de Casillas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el tiempo que debe emplear una persona para desplazarse hasta el servicio de salud debe de ser menor a 60 minutos. Sin embargo, en Guatemala, según los datos de la última Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida (2000), sólo

10% de la población adulta que estaba enferma tardaba menos de una hora en llegar al servicio de salud. (228,229)

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que la médica de este municipio posee solamente el título de Licenciatura de Médico y Cirujano.
La médica de este municipio egresó de la Universidad San Carlos de Guatemala.

No hay profesionales de la salud realizando estudios de posgrado en el municipio, así como tampoco especialistas, subespecialistas, ni quienes hayan obtenido títulos de maestría, doctorado o pos doctorado.

6.3.1.3 Discusión de resultados del Municipio de Chiquimulilla

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de quince, proporcionando una tasa de 1 médico por cada 3,014 habitantes. Es muy importante conocer la distribución geográfica de los recursos humanos en salud con que cuenta Latinoamérica, ya que constituye la base a partir de la cual deben programarse los nuevos profesionales y técnicos de la salud, así como su adecuada distribución en el territorio, a fin de mejorar el nivel general de salud de la población. Se padece de grandes desigualdades debido, entre otras causas, a la inequitativa distribución de los médicos. Latinoamérica se le clasifica como la región más inequitativa del mundo. Hay sectores de la población que por su ubicación y grado de desarrollo económico y social cuentan con servicios médicos cuantitativa y cualitativamente superiores a los de otros sectores, lo cual es muy común en los principales centros urbanos.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que 87% pertenece al género masculino, 13% al femenino.

Los médicos de este municipio se sitúan en el rango de edad entre 31 a 60 años. El 66% de los mismos se encuentran entre los 40 y 50 años de edad.

En cuanto al estado conyugal de los médicos del municipio 75% 87% está casado y 13% están divorciados.

El 100% de los médicos reside en área urbana.

Se encontró que 93% de los médicos del municipio labora como médico y cirujano. No hay médicos que se dediquen a otra profesión. El 7% que no labora como tal ya está retirado.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos, se encontró que 53% trabajan en más de 1 lugar.

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que 80% se desempeña profesionalmente en sus clínicas privadas también dentro del área urbana. Son los pobladores de los lugares de escasos recursos económicos quienes sufren de ésta limitación, ya que el recurso humano médico se ve concentrado en su mayoría en regiones urbanas, y más aun en la ciudad capital, como lo demuestra el estudio realizado en nuestro país hace 4 años, el cual presenta una concentración del 22% de médicos en la ciudad capital.

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que 80% de los profesionales del municipio poseen solamente el grado académico de licenciatura, 20% posee una especialidad. El hecho de ser médico y cirujano general, ya no es suficiente en nuestro tiempo, la formación continua – continuada se concibe con el propósito de mejorar las aptitudes en el desempeño de la profesión. (56) No hay profesionales de la salud realizando estudios de posgrado en el municipio.

El 100% de los médicos son egresados de la Universidad San Carlos de Guatemala.

En cuanto a la distribución de las especialidades de los médicos, se encontró que 33% de los especialistas es ginecólogo y obstetra, 33% médico internista y 33% pediatra.

En cuanto a la distribución del lugar donde laboran los médicos en relación a su especialización, se encontró que 100% labora en el área urbana.

En cuanto a la distribución de la práctica profesional de los médicos en relación con su especialidad, se encontró que 100% se dedica a la clínica.

En lo que respecta a la distribución de los sub especialistas, solamente un médico posee la subespecialidad de gastroenterología, del género masculino y labora en el ámbito clínico, en una entidad no institucional. Ninguno de los especialistas o sub especialistas son mujeres, lo cual nos indica que, a pesar que el género femenino se ha involucrado mas en el ámbito de la medicina, la proporción siempre es menor en comparación con la del género masculino. Esto probablemente por el rol que aun presenta la mujer dentro de nuestra sociedad, por la continua competencia dentro del gremio o bien por la falta de oportunidades otorgadas a la mujer hoy en día.

En cuanto a la distribución de las maestrías, solamente un médico realizó tiene estudios en psicología clínica, del sexo masculino y labora en el ámbito clínico, en una entidad no institucional.

No se encontraron profesionales que posean algún grado de doctorado o pos doctorado.

6.3.1.4 Discusión de resultados del Municipio de Cuilapa

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de 75, lo que equivale a 1 médico por cada 300 habitantes y 1 médico cada 4.8 km². En este municipio esta ubicado

el Hospital Regional, el cual cuenta con más de 60 médicos especialistas y residentes; además se cuenta con clínicas del IGSS, Centro de Salud y varias clínicas particulares. A pesar de esto, la población asignada para cada medico es muy grande.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que 63% pertenece al género masculino, 37% al femenino.

Los médicos del municipio representan una población joven, ya que la media es de 36 años. La mayoría de médicos hombres son menores de 30 años debido en parte a los médicos residentes que laboran en el Hospital Regional y a médicos recién graduados que al encontrar saturado el campo en la cuidad capital, optan por trabajar en los departamentos. La poca proporción de mujeres médicas se debe a limitaciones de tipo social que aun persisten en nuestra población. Por esta razón, la mayoría de las mujeres que ejercen como médicas permanecen solteras. La mayor parte de los médicos hombres son casados (70%), seguido de los solteros; el caso de las médicas es el contrario ya que la mayoría de ellas son solteras (60%) y el resto son casadas. Más del 90% de los médicos viven en áreas urbanas.

En cuanto al estado conyugal de los médicos del municipio 75% está casado y 25% soltero.

El 100% de los médicos reside en área urbana. Esta preferencia de los médicos por los cascos urbanos se debe principalmente a la comodidad de traslado hacia sus lugares de trabajo, mejor escolaridad para los hijos, mejores oportunidades de trabajo y acceso a mejores servicios de salud.

Se encontró que 96% de los médicos del municipio labora como médico y cirujano. El 4% restante corresponde a médicos jubilados. No hay médicos que se dediquen a otra profesión.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos, se encontró que 67% trabajan en más de 1 lugar, el resto en 2 o más sitios. El pluriempleo médico es una realidad conocida desde hace muchos años, y una de las causas del absentismo laboral en las instituciones públicas; y de la baja productividad de los médicos en ese sector, (92)

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que 100% se dedica al ámbito clínico, ninguno se dedica a la investigación o a la docencia. El 95% labora en área urbana. El 68% trabaja en una institución estatal. La gran mayoría de habitantes tiene que asistir al hospital para recibir ayuda médica, con lo que se demuestra una vez más la mala distribución de recursos y la centralización a nivel urbano. Las zonas donde existen hospitales docentes y cuya población cuenta con medios suficientes para pagar servicios de salud atraen, invariablemente, a más trabajadores que aquellas que carecen de ese tipo de instituciones o apoyo financiero. En consecuencia, la densidad de personal sanitario suele registrar los niveles más elevados en los centros urbanos que cuentan con hospitales docentes y con altos niveles de ingresos. (18,231-234).

Se observa que los médicos que trabajan dentro de instituciones estatales ocupan cargos tanto clínicos como docentes, administrativos y de investigación, mientras que el resto de instituciones solo se dedican a financiar practicas clínicas. El Hospital Regional es un hospital escuela por lo que es importante mencionar que muchos de los médicos que son jefes de servicios realizan también una labor docente. Los tres médicos dedicados a la labor administrativa, son quienes forman parte de la junta directiva del Hospital Regional. Lamentablemente solo una médica realiza una práctica de investigación, quien trabaja en el área de salud.

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que

2% obtuvo otra licenciatura aparte de la Médico y Cirujano, la cual utilizan para complementar su práctica médica. Como ya se mencionó anteriormente, el Hospital Regional es un hospital escuela por lo que cuenta con 39 residentes en formación dentro de las cuatro especialidades básicas de la medicina. Es importante mencionar que el 54% de los médicos del municipio realizan actualmente estudios de posgrado. El 37% de los médicos son especialistas, el 10% son sub especialistas y solamente el 7% posee una maestría. No se encontraron médicos que tuvieran algún grado de doctorado o pos doctorado.

A pesar que la mayoría de médicos son residentes, la mayor parte de ellos al terminar su entrenamiento regresan a su lugar de origen o se van a la capital, quedando poca disponibilidad de especialistas en esta región. Las razones para esta fuga de especialistas se debe a factores tanto económicos como sociales. En el Hospital Regional se tiene postgrado de las 4 especialidades básicas: Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría y Ginecología y Obstetricia. El mayor porcentaje de residentes está realizando Cirugía General con un total de 13 médicos, dentro de los cuales solamente hay una mujer. Medicina Interna cuenta con 10 médicos residentes, la Pediatría con 9, siendo la mayoría mujeres. Por ultimo, se encuentra la Ginecología y Obstetricia con 7 médicos residentes.

El 100% de los médicos son egresados de la Universidad San Carlos de Guatemala.

En cuanto a la distribución de las especialidades de los médicos, se encontró que el 70% se ubica en las áreas de Medicina Interna, Ginecología y Cirugía. Se cuenta con 2 Anestesiólogos, 3 Pediatra y 3 Traumatólogos. Hay solamente una Dermatóloga, un Psiquiatra, un radiólogo y un Patólogo.

En cuanto a la distribución del lugar donde laboran los médicos en relación a su especialización, se encontró que 100% labora en el área urbana. Solamente un Pediatra y un Traumatólogo laboran en instituciones autónomas y privadas, respectivamente; el resto de

especialistas están distribuidos en instituciones estatales y no institucionales.

En cuanto a la distribución de la práctica profesional de los médicos en relación con su especialidad, se encontró que 100% se dedica a la clínica.

En cuanto a la distribución de subespecialistas dentro del municipio se encontraron 7 sub especialistas, lo que corresponde al 10% del total de médicos de la región. De ellos, 6 son hombres y solamente una mujer. De éstas sub especialidades encontramos Cirugía Pediátrica, Dermatología, Infectología, Neurocirugía, Neurología, Oncología e Infertología; correspondiendo un médico para cada una de ellas. El 100% de los sub especialistas trabaja en el área urbana y realizan una práctica clínica, se encuentran en instituciones estatales y no institucionales, solamente uno de ellos trabaja para una institución privada. Es importante mencionar que estos médicos laboran en más de 1 lugar, siendo estos lugares el Hospital Regional y la clínica particular. La tendencia de los médicos especialistas y sub especialistas es a laborar y concentrarse en áreas urbanas, donde pueden tener acceso a promociones laborales, mejor ingreso económico y continuar con el aprendizaje medico.

En cuanto a la distribución de maestrías de los médicos solamente cinco médicos de Cuilapa realizaron una maestría, siendo tres de sexo masculino y dos femenino. Juntos constituyen el 7% del total de médicos de la región. Dos de los médicos realizaron Medicina Forense y laboran de forma clínica para el INACIF (Instituto Nacional de Ciencias Forenses); el otro médico obtuvo el titulo de Medicina Ocupacional y realiza una práctica clínica de forma no institucional. En cuanto a las médicas, una de ellas es Epidemióloga y realiza una práctica de investigación en una institución estatal; la otra médica estudio Administración Hospitalaria y labora como Directora del Hospital Regional.

El 100% de médicos que obtuvieron maestrías, laboran en instituciones estatales, ya que es allí donde realmente pueden aplicar

sus conocimientos. Además, en muchas ocasiones es la misma institución quien exhorta al médico y le facilita la posibilidad de obtener este tipo de estudios.

En el municipio no se encontraron médicos con algún grado de doctorado o pos doctorado.

6.3.1.5 Discusión de resultados del Municipio de Guazacapán

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de cuatro, hay por lo tanto 5 médicos por cada 10,000 habitantes, lo cual muestra un gran contraste en relación a la cantidad de médicos por habitante que existe en el área metropolitana de Guatemala que corresponde a 30 médicos por 10,000 habitantes. (18) Esto indica una mala distribución del recurso humano médico en este municipio e indica que existe mal acceso de la población a los sistemas de salud.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que 75% pertenece al género masculino, 25% al femenino. Lo anterior nos muestra que aunque ya hay mujeres laborando en la medicina aunque todavía son la minoría, esto se debe probablemente a las estructuras del sistema social guatemalteco en donde el machismo sigue prevalente y la mujer sigue siendo concebida como ama de casa únicamente.

Los médicos del municipio se encuentran en el rango de 31 a 60 años, 50% se encuentran entre los 31 a 40 años de edad, y el 50% restante entre los 51 a 60 años de edad.

En cuanto al estado conyugal de los médicos del municipio 75% está casado y 25% soltero.

El 100% de los médicos reside en área urbana, , lo cual se correlaciona con la inequidad de distribución del recurso médico en Guatemala, ya que en este municipio no existen médicos que laboren en área rural. Esto va en contra de los principios de los

recursos humanos de salud, como lo son la equidad, la accesibilidad y la atención integral de todos los habitantes, mismo patrón que se observa en toda la república de Guatemala. (22, 23) La mala distribución del recurso médico, llama a una reorganización de los recursos humanos en salud de acuerdo a las necesidades de la población, para poder apegarnos a los objetivos de la séptima reunión de Observatorios de Recursos Humanos en Salud y de la misma manera lograr satisfacer las necesidades de salud de la población. (13)

Se encontró que 100% de los médicos del municipio labora como médico y cirujano. No hay médicos que se dediquen a otra profesión.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos, se encontró que 75% de los médicos labora en un sólo lugar y 25% labora en dos lugares, lo cual es beneficioso para los pobladores del municipio, ya que se ha visto que el pluriempleo de los médicos es un problema vigente, que conlleva al ausentismo de los mismos en los servicios públicos, y proporcionan mal servicio del paciente. (92,207)

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que 100% se dedica al ámbito clínico, ninguno se dedica a la investigación o a la docencia, denotando un déficit en la organización del sistema del municipio, ya que no hay alguien que se dedique a organizar el área administrativa, ni alguien que se ocupe a la docencia o investigación. El 100% de los médicos labora en área urbana. Lo cual nos indica que existe una gran parte de la población con difícil acceso a la salud, ya que no existe ninguna clínica, o dispensario en el área rural, lo que refleja los déficit en el sistema guatemalteco de salud, y no se satisfacen de manera adecuada las necesidades de salud de la población. (13) El 25% labora en un establecimiento de tipo estatal y 75% restante en establecimientos no institucionales, esto posiblemente porque las personas encuentran mayor remuneración económica en el área privada.

Cabe recalcar que los médicos trabajando en instituciones

estatales, comparado con los médicos en instituciones privadas es desigual, por lo que el ministerio de salud no está asegurando el acceso de la población a la salud.

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que 75% de los profesionales del municipio poseen solamente el grado académico de licenciatura, 25% posee una especialidad. No hay profesionales de la salud realizando estudios de posgrado en el municipio. Actualmente existe una demanda real y creciente por la mejora del personal dedicado a la salud y la capacitación continua, siendo este municipio un ejemplo de ello ya que la minoría no presenta especialización.

El 100% de los médicos son egresados de la Universidad San Carlos de Guatemala.

En cuanto a la distribución de las especialidades de los médicos, se encontró que el único médico especialista es médico internista.

En cuanto a la distribución del lugar donde laboran los médicos en relación a su especialización, se encontró que 100% labora en el área urbana.

En cuanto a la distribución de la práctica profesional de los médicos en relación con su especialidad, se encontró que 100% se dedica a la clínica.

En cuanto a la distribución de maestrías hay un médico que posee una maestría en salud pública, quien labora para un establecimiento estatal, lo que significa que las personas que son captadas por este establecimiento estatal recibiendo atención por una persona con un mayor grado académico.

No se encontraron profesionales que posean alguna sub especialización, doctorado o pos doctorado.

6.3.1.6 Discusión de resultados del Municipio de Nueva Santa Rosa

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de cuatro cinco, lo que indica que únicamente existen 3 médicos por cada 10,000 habitantes. Lo que dista mucho de la meta propuesta por la OMS de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Lo último, indica la deficiencia del sistema de salud y hace reflexionar sobre la forma más viable de lograr las metas del milenio y poder en el año 2015 que toda la población tenga acceso a servicios de salud de calidad, ya que el desarrollo del recurso humano deberá de asegurar la cobertura de servicios para satisfacer a los usuarios. (38)

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que 60% pertenece al género masculino, 40% al femenino, esto es alentador ya que indica que las mujeres a pesar de que son menos que los hombres tienen oportunidad de trabajo y forman parte del sistema de salud, lo cual se apega a las políticas de equidad de género propuestas para el mejor desarrollo de los sistemas de salud (61).

En cuanto al estado conyugal de los médicos del municipio 75% está casado y 25% soltero.

El 50% de los médicos del municipio se sitúa entre los 41 a 50 años de edad, seguido por 37% que se encontraron entre los 31 a 40 años. Esto probablemente se deba a que en los médicos principalmente jóvenes emigran al interior de la república en busca de nuevas oportunidades de empleo.

En cuanto al estado conyugal de los médicos del municipio 87% está casado y el resto soltero.

El 62% de los médicos reside en área urbana y 37% en el área rural, confirmando nuevamente la tendencia de los médicos de vivir en áreas con mayor accesibilidad a recursos, mejor paga, etc. (54, 198).

Se encontró que 100% de los médicos del municipio labora como médico y cirujano. No hay médicos que se dediquen a otra profesión.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos, se encontró que 87% trabajan en más de 1 lugar lo que confirma la tendencia al pluriempleo. Esto es nocivo para cualquier sistema de salud, ya que el pluriempleo conlleva al ausentismo de los médicos en instituciones estatales, conlleva a más estrés en las actividades cotidianas y reduce la calidad del servicio que se le presta a los pacientes. (92)

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que 87% en el área urbana y tan solo un 12% en el área rural, lo cual nos habla de la inequidad del acceso a los recursos de las poblaciones urbana y rural, y representa un rubro sensible a modificar en áreas de lograr equidad y calidad de servicios. (61) El 100% de los médicos labora en el área clínica. lo que nos indica que en el municipio de Nueva Santa Rosa se necesita una re distribución de recursos para que hayan médicos encargados del área administrativa y de la logística del sistema de salud, para planificar en base a las necesidades de la población, el desarrollo del recurso humano. (38). De la misma manera se necesitan médicos que promuevan la investigación y docencia con el fin de tener una educación médica continua y de esta manera ofrecer servicios de mejor calidad. (180, 198) El 12% trabajan en un establecimiento tipo estatal, 12% en tipo autónomo, 12% privado y 62% no institucional, lo cual nos indica una mejor distribución del recurso médico aunque siempre predomina el no institucional, ya que este se refiere a práctica privada, en donde hay más flexibilidad de horarios, con lo que se puede tener otros empleos y mejorar los ingresos. Así como existe la tendencia a trabajar en establecimientos no estatales ya que la paga del paciente privado suele ser mejor.

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que 75% de los profesionales del municipio poseen solamente el grado

académico de licenciatura, 25% posee una especialidad. No hay profesionales de la salud realizando estudios de posgrado en el municipio.

El 100% de los médicos son egresados de la Universidad San Carlos de Guatemala.

En cuanto a la distribución de las especialidades de los médicos, se encontró que 50% de los especialistas es ginecólogo y obstetra y 50% pediatra.

En cuanto a la distribución del lugar donde laboran los médicos en relación a su especialización, se encontró que 100% labora en el área urbana.

En cuanto a la distribución de la práctica profesional de los médicos en relación con su especialidad, se encontró que 100% se dedica a la clínica en un establecimiento no institucional. Esto se debe probablemente a la tendencia a quedarse en las áreas más desarrolladas, con mejores opciones de trabajo y posiblemente mejor remuneración económica.

En cuanto a la distribución de subespecialidades, únicamente un médico tiene sub especialidad, y este se encuentra en área urbana, labora en un establecimiento no institucional y se dedica a la práctica clínica.

No se encontraron profesionales que posean alguna sub especialización, maestría, doctorado o pos doctorado.

6.3.1.7 Discusión de resultados del Municipio de Oratorio

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de uno. Con ello se demuestra que la salud no tiene la prioridad necesaria en este municipio, contradiciendo de esta manera lo establecido en la Séptima Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud en Toronto, Canadá, en el año 2005,

en la cual se indicó que es necesaria una distribución equitativa del personal sanitario en las distintas regiones del país para cubrir las necesidades de salud de las poblaciones.(23)

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que el médico que labora en el municipio es de sexo masculino.

El médico de este municipio se sitúa en el rango de edad entre los 41 y 50 años.

En cuanto al estado conyugal del médico de este de este municipio se encontró que se encuentra casado.

El médico vive en área urbana del municipio.

Se encontró que el médico del municipio labora ejerciendo su profesión como tal. No hay entonces médicos que se dediquen a otra profesión.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos, se encontró que el médico labora en dos lugares.

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que el médico trabaja en área urbana, en una institución estatal en el área clínica y administrativa y en su clínica privada. De esta manera, son los pobladores de los lugares de escasos recursos económicos quienes sufren de esta limitación, ya que el recurso humano médico se ve concentrado en su mayoría en regiones urbanas, y más aún en la ciudad capital, como lo demuestra el estudio realizado en Guatemala hace 4 años, el cual presenta una concentración del 22% de médicos en la ciudad capital.(141) Esto ha sido consecuencia a una mala remuneración salarial que se da en el interior de la república, sin mencionar la falta de equipo médico adecuado para una atención óptima para los pacientes. Esta mala remuneración

salarial hace que el médico labore en más de un lugar, como es el caso del galeno de este municipio.

La escasez, o mejor dicho la falta del recurso humano médico como recursos materiales hace imposible la misión del recurso humano en salud que plantea la OPS/OMS el cual es aumentar la eficacia, calidad y equidad de los servicios de salud por medio de una fuerza de trabajo bien formada, bien distribuida y bien retribuida que tenga la capacidad de satisfacer las necesidades de salud de toda la población. (15)

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que el médico de este municipio posee solamente el título de Licenciatura de Médico y Cirujano.

El médico del municipio egresó de la Universidad San Carlos de Guatemala; es así como continúa la tendencia de los egresados de dicha Universidad, de trasladar su vivienda al interior del país y laborar en dicho ambiente.

No hay profesionales de la salud realizando estudios de posgrado en el municipio, así como tampoco especialistas, subespecialistas, ni quienes hayan obtenido títulos de maestría, doctorado o pos doctorado. La falta de atractivos académicos y de salario, de recursos para laborar, incluso la carencia de las comodidades que se poseen en la capital de la nación, así como la situación de seguridad del municipio no promueven el traslado de especialistas, subespecialistas, o poseedores de títulos de maestría o doctorados al mismo.

6.3.1.8 Discusión de resultados del Municipio de Pueblo Nuevo Viñas

El número total de médicos para este municipio al momento del estudio fue de uno. La tasa de médicos para el total de habitantes es de 0.45 médicos por cada 10,000 habitantes. Es uno de los municipios de Guatemala con menor proporción de médicos por habitante, situación preocupante ya que nos indica que las personas

de este municipio no tienen acceso equitativo y oportuno al sistema de salud y que el acceso de las personas a el sistema de salud demora más de los sesenta minutos estipulados como tiempo máximo aceptable para el acceso a dicho sistema. (235). Esta escasez de médicos en los municipios causa un déficit de la capacidad resolutiva de problemas en salud y con lleva a aumento en las tasas de morbi mortalidad (141).

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que el único médico de este municipio es de sexo masculino y se sitúa entre las edades de 41 a 50 años.

En cuanto al estado conyugal y lugar de residencia se encontró que el medico es casado y reside en área urbana, lo que condiciona a las poblaciones de áreas rurales a difícil acceso a los sistemas de salud y confirma la teoría de que los trabajadores de la salud prefieren residir en lugares con mayor desarrollo económico, mejor acceso a servicios y en donde es posible una mejor remuneración para ellos. (54, 198) Aquí se constata que la disponibilidad de médicos en las zonas urbanas es entre 8 y 10 veces mayor que en las zonas rurales por los factores antes expuestos. (102, 71)

El médico de este municipio ejerce su profesión como médico y cirujano, y no en otra actividad u profesión.

En cuanto al número de lugares en los que labora el médico se encontró que tiene varios empleos, lo que nos hace pensar en que probablemente sus servicios no sean tan eficientes como lo serian si solo tuviera un empleo.(92)
La actividad principal de este médico se localiza en área urbana, no se encontró a ningún médico laborando en área rural.

En cuanto a la distribución del lugar de trabajo y tipo de práctica del médico del municipio, se demuestra que ejerce en un establecimiento institucional teniendo una práctica profesional clínica, lo que una vez más nos hace pensar en que probablemente los servicios que presta por ser privados, son más costoso que lo que

serian los estatales, y no se está asegurando por parte del Ministerio de Salud la cobertura de servicios y el acceso universal a servicios de salud de calidad. (38, 63)

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que el médico de este municipio tiene la especialidad en Medicina Interna. Es necesario mejorar la calidad de servicios y la capacitación del personal médico mediante la educación permanente y continua.

El médico de este municipio es egresado de la Universidad San Carlos de Guatemala, probablemente porque ésta es la universidad que más sucursales tiene en Guatemala y mayor número de médicos gradúa cada año.

No se encontró médicos con maestría, subespecialización, doctorado o postdoctorado.

6.3.1.9 Discusión de resultados del Municipio de San Juan Tecuaco

El número total de médicos encontrados en este municipio al momento del estudio es uno. Esto representa 1 médico para los 9000 habitantes del municipio. Esta situación, pone en evidencia la escasez de personal de salud y la desigualdad en su distribución. (89), (106)

En cuanto a la distribución según sexo y edad, y estado conyugal se encontró que la médico es del sexo femenino, casada y de 40 años. En este municipio no existen médicos masculinos, contrario a la mayoría de municipios en los cuales predomina el sexo masculino.

La médica de este municipio reside en área urbana y se desempeña únicamente como médico, trabaja en dos lugares del área urbana. Estos son una entidad estatal y en su clínica privada. Esto denota que la médico tiende a buscar ciertas comodidades, disponibilidad de bienes y facilidades que no puede encontrar en el área rural, así

como la accesibilidad, la oportunidad de trabajos; y como lo refiere el marco teórico una de los factores de mayor peso es el acceso a la educación y desarrollo de los hijos. (28) Todo esto puede explicar esa tendencia a residir en el área urbana.

En cuanto a la distribución del grado académico, se encontró que la médica de este municipio es egresada de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con el nivel académico de licenciatura y realizó una maestría en Epidemiología. Aquí como en el resto de municipios esto denota el importante aporte de profesionales en el campo de la medicina que la Universidad de San Carlos de Guatemala realiza a toda la República incluyendo el área departamental.

No se encontró ningún médico con doctorado o pos doctorado.

6.3.1.10 Discusión de resultados del Municipio de San Rafael Las Flores

No se encontró médicos en este municipio.

6.3.1.11 Discusión de resultados del Municipio de Santa Cruz Naranjo

El número total de médicos encontrados en este municipio al momento del estudio es 2, lo que indica que existe 1 médicos por cada 10,000 habitantes, lo anterior dista mucho de la cantidad de médicos mínima por habitante propuesta por la OMS. (93) Esto se puede deber a que este municipio se encuentra lejano a las grandes ciudades lo cual no es atractivo para la mayoría de médicos ya que no cuentan con los recursos y tecnología, así como las posibilidades de ingresos económicos son menores. Esta escasez de médicos conlleva a un déficit de capacidad resolutiva de los servicios de salud y aumenta la morbilidad y mortalidad de la población. (141). Además la baja razón de médicos por habitante hace pensar que no existe equidad en el acceso de las personas al recurso médico ya que posiblemente comunidades distantes en el área rural no pueden

accesar en menos de 60 minutos a los servicios de salud, tiempo máximo recomendado por la OMS.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que los dos médicos que existen son hombres, comprendidos entre los 40 y 60 años.

En cuanto al estado conyugal de los médicos, se encontró que ambos están casados.

El 100% de los médicos reside en el área urbana. Posiblemente por la migración de los médicos hacia dicha área en donde encuentran mayores oportunidades de trabajo y salario. (54, 198)

Se encontró que 100% de los médicos del municipio labora como médico, lo cual es satisfactorio ya que indica que hay disponibilidad de empleo y el recurso existente está siendo utilizado, aunque sea poco y mal distribuido.
En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos se encontró que 50% labora en un solo lugar y 50% en 2 lugares.

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que 50% de los médicos trabaja en establecimientos de tipo estatal y el otro 50% trabaja en establecimientos de tipo autónomo.

Según el de institución donde laboran los médicos, en relación a la práctica profesional a la que se dedican, se encontró que 100% se dedica a la clínica.

En cuanto a la distribución del grado académico de los médicos, se encontró que 100% de los médicos son especialistas.

El 100% de los médicos entrevistados es egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala, esto se debe probablemente a que es la universidad que mayor cantidad de médicos egresa anualmente.

Según a la distribución de las especialidades de los médicos se encontró que 50% es internista y 50% no especifica, sin embargo ambos especialistas se localizan en área urbana y se dedican a la clínica

No se encontró ningún médico con maestría, doctorado o pos doctorado.

6.3.1.12 Discusión de resultados del Municipio de Santa María Ixhuatán

El número total de médicos encontrados en este municipio al momento del estudio es uno. Esto representa 1 médico para los 7200 habitantes del municipio. Esta situación, pone en evidencia la escasez de personal de salud y la desigualdad en su distribución. (89), (106)

En cuanto a la distribución según sexo y edad, y estado conyugal se encontró que el médico es del sexo masculino, casado y de edad comprendida entre 51 a 60 años. En este municipio no existen médicas, lo que evidencia la mala distribución del personal medico en el interior del país.

El médico de este municipio reside en área urbana, además de trabajar en una institución estatal, labora en otro lugar, en ambos casos su práctica profesional es enteramente clínica. Esto denota que el médico tiende a buscar ciertas comodidades, disponibilidad de bienes y facilidades que no puede encontrar en el área rural, así como la accesibilidad, la oportunidad de trabajos; y como lo refiere el marco teórico una de los factores de mayor peso es el acceso a la educación y desarrollo de los hijos. (28) Todo esto puede explicar esa tendencia a residir en el área urbana.

En cuanto a la distribución del grado académico se encontró que el médico de este municipio es egresado de la Universidad de san Carlos de Guatemala y únicamente posee título de Médico y Cirujano en grado de licenciatura. Aquí como en el resto de municipios esto denota el importante aporte de profesionales en el campo de la medicina que la Universidad de San Carlos de Guatemala realiza a toda la República incluyendo el área departamental.

No se encontró médicos con especialización, sub especialización, maestría, doctorado o pos doctorado.

6.3.1.13 Discusión de resultados del Municipio de Santa Rosa de Lima

El número total de médicos encontrados en este municipio al momento del estudio es 2, lo anterior representa 1 médico por cada 6000 habitantes y 1 médico por 33.5 km². Es muy difícil que 2 médicos logren abarcar todas las necesidades de la población, sin embargo, por la cercanía a Nueva Santa Rosa, muchos de los habitantes prefieren viajar a esta región para recibir atención médica.

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que los dos médicos que existen son uno de sexo masculino y el otro de sexo femenino. El médico tiene entre 61 a 70 años y la médica entre 31 a 40 años. En cuanto al estado conyugal de los médicos, se encontró que ambos están casados.

El 50% vive en área rural y 50% en área urbana. La poca proporción de médicos en la región se debe a limitaciones geográficas ya que es uno de los municipios más alejados de Santo Rosa, lo cual dificulta el trasporte, prolonga el tiempo de llegada y aumenta los costos.

Se encontró que 100% de los médicos del municipio labora como médico. En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual

laboran los médicos se encontró que 100% labora solamente en una institución. Esto demuestra la demanda que existe en el municipio de atención en salud, por lo que los pocos médicos que laboran en el municipio no necesitan dedicarse a otras actividades distintas a la medicina.

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que 50% labora en área rural, para una ONG y realiza una práctica clínica, mientras que 50% labora en área urbana, para una institución estatal y realiza una práctica clínica.

En cuanto a la distribución del grado académico de los médicos, se encontró que 100% de los médicos no posee otra licenciatura aparte de la de Médico y Cirujano. El 100% de los médicos entrevistados es egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Esto demuestra que la Universidad San Carlos de Guatemala es la que mayor número de profesionales aporta en la rama de la medicina en lo que refiere al interior de la República de Guatemala.

No se encontró médicos con especialización, sub especialización, maestría, doctorado o pos doctorado, por lo que si la población tiene necesidad de una atención más calificada, debe acudir al Hospital Nacional de Cuilapa.

6.3.1.14 Discusión de resultados del Municipio de Taxisco

El número total de médicos encontrados en este municipio al momento del estudio es 4, lo que representa 1 médico por cada 6000 habitantes. Esto se puede deber a que este municipio se encuentra lejano a las grandes ciudades lo cual no es atractivo para la mayoría de médicos ya que no cuentan con los recursos y tecnología, así como las posibilidades de ingresos económicos son menores. Esta escasez de médicos conlleva a un déficit de capacidad resolutiva de los servicios de salud y aumenta la morbilidad y mortalidad de la población. (141)

En cuanto a la distribución de médicos según sexo y edad, se encontró que 100% son de sexo masculino, perteneciendo todos ellos a una edad entre 41 y 50 años. La falta de médicos jóvenes se debe a que la mayoría de galenos egresados se instalan en las grandes ciudades o en las cabeceras departamentales, debido a la fácil accesibilidad a todas sus necesidades.

En cuanto al estado conyugal de los médicos, se encontró que 50% es casado, 25% soltero y 25% divorciado.

El 100% de los médicos encontrados reside y trabaja en áreas urbanas. Esto se debe a que los médico tienden a buscar ciertas comodidades, disponibilidad de bienes y facilidades que no puede encontrar en el área rural, así como la accesibilidad, la oportunidad de trabajos; y como lo refiere el marco teórico una de los factores de mayor peso es el acceso a la educación y desarrollo de los hijos. (28) Todo esto puede explicar esa tendencia a residir en el área urbana.

Se encontró que 100% de los médicos del municipio labora como médico. Esto demuestra la alta demanda de atención en salud que hay en el municipio, por lo cual los médicos no tienen la necesidad de laborar en otras actividades.

En cuanto a la distribución del número de lugares en el cual laboran los médicos se encontró que 50% labora en 2 lugares.

En cuanto a la distribución de los médicos según institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, se encontró que, 50% trabaja para el estado y 50% en clínicas no institucionales, desempeñándose en el campo clínico.

El 75% de los médicos entrevistados es egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y 25 % de la Universidad Francisco Marroquín. Nuevamente se observa el mayor aporte de galenos que egresan de la Universidad San Carlos de Guatemala en comparación con los egresados de otras Universidades.

En cuanto a la distribución del grado académico de los médicos, se encontró que 50% es especialista, uno en Cirugía General y el otro en Homotoxicología. Los galenos con grado de especialidad están capacitados para dar una atención en salud de mayor nivel, lo que en muchos municipios no es posible y la población se ve en la necesidad de acudir al Hospital Nacional de Cuilapa.

No se encontró médicos con sub especialización, maestría, doctorado o pos doctorado.

6.3.2. Limitaciones

Santa Rosa se encuentra aproximadamente a 80 Km de la ciudad capital, con una carretera asfaltada la cual facilitó el acceso al departamento. La búsqueda de médicos inició en los municipios más próximos a la ciudad capital y que tienen mayor concentración de médicos. En el municipio de Barberena, se visitó clínicas y sanatorios, muchos de los médicos no se encontraban en el lugar al momento de la visita debido a que ellos trabajan en diferentes lugares y la mayoría lo hace en la ciudad capital, por lo que atienden 2 o 3 veces por semana y solamente durante unas horas. Por lo anterior se tuvo que repetir las visitas en varias ocasiones, y algunas veces se tuvo que esperar a que los médicos vieran toda la consulta para ser atendidos.

El obstáculo más grande que se presentó fue en la cabecera departamental, Cuilapa. Allí se encuentra la mayor concentración de médicos, ya que en este municipio se ubica el Hospital Regional. Al llegar a esta institución, se hablo con el Director de Docencia, quien inicio el proceso para tener acceso a dicha institución. Dos semanas después se obtuvo la autorización y se entrevisto a los médicos de esta institución.

7. CONCLUSIONES

7.1 CONCLUSION DEMOGRAFICA

En los departamentos de Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa laboran 311 médicos para una población total de 976,883 habitantes, lo que significa, que existen 3 médicos por cada 10,000 habitantes. Hay predominio del sexo masculino sobre el sexo femenino. La mayoría de médicos se sitúan en la edad adulta media, están casados y residen en el área urbana.

Existen 7 municipios de los tres departamentos en los cuales no se encontró médicos, de éstos, 3 municipios pertenecen a Jutiapa (Jerez, Pasaco y Zapotitlán), 3 a Jalapa (San Manuel Chaparron, San Carlos Alzatate y San Luis Jilotepeque) y 1 a Santa Rosa (San Rafael Las Flores).

7.2 CONCLUSION LABORAL

Los médicos de los departamentos de Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa se dedican única y exclusivamente a su profesión y la mayoría labora en más de un lugar; existe tendencia a trabajar en el área urbana más que en el área rural, y de estos últimos la mayoría ejerce en instituciones tipo ONG. Más de la mitad de los médicos se desempeña prioritariamente en entidades no institucionales (clínicas particulares), tanto en el área urbana como en el área rural, sin embargo, en el departamento de Santa Rosa hay predominio de las instituciones estatales, lo cual guarda relación con la presencia de un Hospital Regional en este departamento. La mayoría de médicos realiza una práctica profesional a nivel clínico, siendo menos significativa la práctica docente, administrativa y de investigación.

7.3 CONCLUSION ACADEMICA

La mayoría de los médicos que labora en los departamentos de Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa son egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Más de la mitad del total de médicos posee un titulo de post grado, predominando el sexo masculino. Los especialistas y sub especialistas, así como los profesionales con grado de maestría, prefieren laborar en el área urbana, en entidades no institucionales y desarrollarse en el campo clínico. Existe en el área rural una escasez de médicos especialistas y sub especialistas y no hay médicos que posean el grado de doctorado o pos doctorado.

8. RECOMENDACIONES

8.1. Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

i. Generar propuestas laborales que logren atraer médicos al área departamental, especialmente en las áreas rurales, basándose en mejores salarios, oportunidades de desarrollo profesional que incluye educación médica continua, bonos e incentivos y facilidades de vivienda, educación, seguridad y salud para las familias de los profesionales.

ii. Generar plazas de trabajo institucionales que permitan al médico atender su práctica privada, ya que esto es prioridad para la mayoría, pero que logren el adecuado compromiso del profesional con la institución para respetar sus horarios y ejercer responsablemente sus funciones dentro de la misma.

8.2. A la Facultad de Ciencias Médicas:

8.2.1 Continuar con el Observatorio del Recurso Humano Médico por parte del Colegio de Médicos, junto con la Faculta de Ciencias Médicas, para mantener así una base de datos fidedigna y actualizada, que pueda utilizarse como marco de referencia en futuros estudios e investigaciones.

8.2.2 Incentivar desde la formación universitaria, la proyección social y el deseo de ayudar a las comunidades, y sustituir el actual perfil mercantilista del médico, por uno con mayor conciencia social. Así mismo, fomentar profesionales capacitados e interesados en laborar en otras áreas, como la docencia, administración e investigación, aparte de la tradicional práctica clínica.

8.2.3 En relación a las políticas formativas, se recomienda incorporar en los programas educativos de las diferentes instituciones de formación médica del país cátedras orientadas hacia la investigación, de manera que la misma se convierta en una prioridad en los planes de estudio.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flores J. Desafíos de la prevención. [monografía en línea]. México: La Jornada, Academia Nacional de Medicina; 2006 [accesado febrero 20 de 2008] Disponible en: www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n26/swaisbord.

2. Ehrenberg J. Contribuciones y desafíos de los recursos humanos en el éxito de los programas prioritarios de salud. [monografía en línea]. Mexico: Salud mental OPS; 2006 [accesado febrero 20 2008]. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/Presentaciones/JohnEhrenberg.pdf

3. Guzmán-Pizarro L, Rodríguez-Roa G. La función de la tutoría grupal en la formación de recursos humanos en salud pública. Salud Pública Mex, México Mayo- Junio 1994; [revista en línea]. 36 No 3: 328-333. [accesado el 21 febrero de 2008] Disponible en: http://www.insp.mx/rsp /artículos/articulo. php?id=001722

4. Vidal-Ledo M. Modelo educativo para la formación de recursos humanos de la salud pública cubana en la gestión de información en salud. Escuela Nacional de Salud Pública. Educ Med Super (revista en línea) 2007; 21(4) [accesado el 21 febrero de 2008] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol21_4_07/ems07407.html

5. Cioffi J, Lichtveld M, Thielen L, Miner K. Credentialing the public health workforce: An idea whose time has come. Public Health Manag Pract. (revista en línea) 2003 Nov-Dec; 9(6):451-8. [accesado el 21 febrero de 2008] Disponible en: http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=19&hid=13&sid=7e572dd9-5ecc-444a-a819-debcab3c4696%40sessionmgr9.

6. Organización Panamericana de Salúd. Programa de las actividades de reforma del sector salud. (Disco Compacto) 39/13. 39.ª Reunión del Consejo Directivo, Washington, D.C. Septiembre 1996.

7. UNFPA [sede web]. Proyecto del Milenio, de la Naciones Unidas; 2005 [Acceso 20 de Febrero del 2008]. Estado de la población Mundial 2005: un panorama general. [17 pantallas] Disponible en: http://www.unfpa.org /swp/2005/espanol/ch1/index.htm

8. Robinson R, Dixon A. Health care systems in transition: United Kingdom, European Observatory on Health Care Systems. 6 ed. Copenhague: WHO Regional Office for Europe, 1999. V.1.p. 322-367

9. Health Care Systems in Transition [en línea]. Den Exter A, Hermans B. Netherlands: European Observatory on Health Care Systems, Copenhague; Forthcoming: WHO Regional Office for Europe; 2001- [actualización 2004; accesado 20 de febrero del 2008] Disponible en http://www.euro.who.int/Document/E84949.pdf

10. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. [artículo en línea] México:2000. European health care reform: Analysis of current strategies. Copenhague: World Health Organization Regional Office for Europe, 1997- [actualizaciòn 2000; accesado 20 de febrero del 2008] Disponible en http://www.paho.org/Spanish/HPP/5thGlobalConfSp5.doc

11. Science Direct [en línea]. Netherlands: The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries¬: Journal of Health Economics; 1999; 18: 291-313. [revisión Junio 1999; accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296(98)00043-5

12. Scielo España [en línea]. Mossialos E, Le Grand J. España: J. Health care and cost containment in the European Union. Londres: The London School of Economics and Political Science; 1999- [actualización 2002; accesado 20 de febrero de 2008]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112002000100003&script=sci_arttext&tlng=e

13. European Observatory on Health Systems and Policies Series [en línea]. New York: Pressures for change. En: McKee M, Healy J. Hospitals in a changing Europe: Forthcoming: European Observatory Series/Open University Press; 2001. [actualizaciòn 2005; accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en http://www.euro.who.int/Document/E86300.pdf

14. Gaceta Sanitaria [revista en línea]. España: PFI in the NHS: Is there an economic case?; 1999; 319: 116-119. [actualización 2006; accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en www.scielosp.org/scielo.php?script= sci_arttext&pid =S0213-91112002000100003&lng=&nrm=iso&tlng

15. Organización Mundial para la Salúd, Organización Panamericana de Salúd. 128.ª Sesión del Comité Ejecutivo. C 128/12 (Esp.) Washington, D.C., 2001.

16. González B., Barber P. Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables. Informe SESPAS. [monografía en línea]. Barcelona España, [publicado el 25 de abril 2006, accesado el 21 febrero de 2008] disponible en: http://www.losrecursoshumanos.com/rrhh-salud-crisis.htm

17. Gaceta Sanitaria [revista en línea]. España: The hospital and the external environment. En: McKee M, Healy J. Hospitals in a changing Europe. Forthcoming: European Observatory Series/Open University Press, 2001. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000 100003&lng=&nrm=iso&tlng=

18. Scielo España [sede Web]. España: Cambiando el Sistema Hospitalario. Retos Críticos en la Salud Europea. Buckingham: Open University Press, 1998. [actualización 2002; accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-911120020001 00003&script =sci_arttext&tlng=e

19. Science Direct [sede Web]. Netherlands: The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries¬: Journal of Health Economics; 1999; 18: 291-313. [revisión Junio 1999; accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296(98)00043-5

20. Castillo M. Sistema de información del colegio de médicos y cirujanos de Guatemala [Tesis de Maestría] Guatemala: Universidad Mariano Gálvez, Facultad de Ciencias Medicas. 2006.

21. Partnerships for Health Reform Project. Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala: informe sobre iniciativas especiales. [en línea]. Estados Unidos: Partnerships for Health Reform Project; Septiembre 1998. [accesado 17 de febrero 2008] Disponible en: www.phrplus.org/Pubs/Sir10s.pdfUSAID.

22. Castillo A. El desarrollo de Recursos Humanos en salud: un Hito en construcción. [en línea] San José, Costa Rica: Suplemento No. 2; 2006. p.1-11. [accesado 20 de febrero 2008] Disponible en: www.cendeisss.sa.cr /seguridadsocial/index_archivos/alciraCastillo.pdf.

23. DeGerencia.com, Recursos Humanos y Organización. [sede web]. Venezuela: DeGerencia.com; 2003. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.degerencia.com/tema/recursoshumanos

24. LosRecursosHumanos.com. El valor humano [sede web] Argentina: LosRecursosHumanos.com; 2001. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.losrecursoshumanos.com/revistagratuitaderecursos-humanos.htm.

25. Sistemas.com [sede web] Propósitos y objetivos de la administración de recursos humanos. [s.l.] México, 2003. [accesado 19 de febrero del 2008] Disponible en: http://sistemas.itlp.edu.mx/tutoriales/rechum 1 /index .htm

26. Gómez J. Administración de recursos humanos en salud. [en línea] [s.l] 2001. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos15/administracionrecursos/administracion-recursos.shtml?monosearch

27. Wikipedia Enciclopedia libre [sede Web]. Estados Unidos: wikipedia; 2008, [actualizada 10 febrero 2008; acceso 21 de febrero 2008]. Recursos Humanos. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/recursos_humanos

28. Lemus J. Recurso Humano en Salud [sede Web]. Buenos Aires, Argentina: bsasjoven.gov.ar; 2005 [acceso 23 de febrero 2008] Disponible en: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/rrhh/aestructura.php?menu_id=10903

29. Dos Santos P. Observatorio de Recursos Humanos en salud en Brasil [en línea]. Brasil: OPAS. 2007 [acceso 23 de febrero 2008] Disponible en: www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/ACF398.pdf

30. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) [sede web]. México: Dirección General de Información en Salud, Secretaria de Salud, México; 2003 [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://sinais. salud.gob.mx/glosario/rechum2.htm.

31. Mitecnologico.com. Concepto propósito de recursos humanos [sede Web]. Mexico: 2000 [accesado 19 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.mitecnologico.com/Main/ConceptoProposito RecursosHumanos.

32. Zurita A. Los Recursos Humanos en Salud desde la Perspectiva de un estudiante de pregrado. [sede Web] España: Universidad de Cordoba; 2007 [acceso 20 de febrero 2008]. Disponible en: http://unporoto.blogspot.com/ 2007/11/los-recursos-humanos-en-salud-desde-la.html

33. Barquin M. Dirección de Hospitales. 7 ed. México: McGraw Hill, 2003.

34. Lazcano C. Capital Humano, En busca de un contexto. [en línea] La Habana, Cuba: Facultad de Economía; 2001. [accesado 19 de febrero del 2008]. Disponible en: www.CapitalHumano-AdministracióndeEmpresasyNegocios.html

35. Unidad de Recursos Humanos para la Salud (HRH) de la OPS. Día Mundial de la Salud. Abril 2006. [en línea]. Washington: OPS; abril 2006. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish /DD /PIN/Whd06_HumanResources_Spa.doc

36. Organización Panamericana de la Salud. Métodos Regionales en materia de Recursos Humanos para la Salud. Conferencia Sanitaria Panamericana del Comité regional. [en línea]. Washington: OPS; 2002. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26index-s.htm

37. Moreno S. Análisis del Recurso Humano en Salud. [en línea]. [s.l] 2004. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: www.encolombia.com/medicinaanalisis.htm

38. Rodríguez M. Reflexiones sobre el recurso humano en salud. [en línea] Estados Unidos: foro Latinoamericano; 2007 [acceso 23 de febrero 2008] Disponible en: http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-319 39400_ITM

39. Boelen C. Guatemala celebra el Día Mundial de la Salud 2006. [en línea]. Guatemala: OPS; 5 de abril 2006. [Accesado 20 Febrero 2008] Disponible en: http://www.ops.org.gt/diamundialensalud.06

40. Organización Panamericana de la Salud. Día Internacional de la Salud, Conmemora a los Trabajadores en Salud. [en línea]. Nicaragua: Centro de Salud Sanitaria; 2006 [acceso 20 de febrero 2008] Disponible en: http://www.ops.org.ni/index.php? Itemid =2&id=25&option=com_content&task=view

41. The World Health Report. Working Together for Health. [en línea] Washington: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2006. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.who.int/whr /2006 /en /index.html

42. Fernández A. Alimentación y nutrición, jornada de aprendizaje. [en línea]. Guatemala: OPS; 2006. [acceso 21 de febrero 2008] Disponible en: www.democraticdialoguenetwork.org/file.pl?files_id=594;folder=attachment

43. Quiroga R. Regulación de recursos humanos de salud en Chile. [en línea] Chile: OPS/OMS MINSAL; 1999. [acceso 21 de febrero 2008] Disponible en: http://observatorio_rh.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/regulacion-rrhh-en-chile.pdf

44. CIE. Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud. [en línea] Suiza: Posición del CIE; 2008. [acceso 23 de febrero 2008]. Disponible en: http://www.icn.ch/pshhrdsp.htm

45. Esquivel A. Reflexiones sobre el Recurso Humano del Sector Salud en Bolivia. [en línea] Bolivia: [s.n.]; julio 2006. [accesado 19 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.udape.gob.bo/Documentos %20de%20 trabajo/ DocTrabajo/2006/DT-0602.pdf

46. Organización Panamericana de la Salud. Personas, el recurso más preciado en salud. Día Mundial de la Salud. [en línea] Washington: OPS; 2006. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora10_ago06.htm

47. Wrpo.com. Human resources for heath. [Internet]. [s.l.]: World health organization; 2006. [accesado 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.wpro.who.int/sites/hrh/overview.htm

48. Meza R. Administración del Recurso Humano. [en línea]. México: [s.n.]; 2006. [acceso 21 de febrero 2008]. Disponible en: http/h20247. www2.hp.com/publicsector/cache/107932-0-0-140-470.html

49. Brito P. Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud. [Revista en línea]. Cuba: Revista Cubana Educación Medica Superior; 2002 [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://bvs.sld.cu /revistas/ems/vol16_4_02/ems09402.htm

50. Hidalgo A. Recursos humanos para la salud. Madrid, España: Masson, 2006.

51. Dante R. Administración de recursos humanos en clínicas y hospitales. [en línea] [s.l] [s.n.] 2002 [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos15/rrhh-hospitales/rrhh-hospitales.shtml?monosearch

52. Asociación Médica Mundial.com. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre recursos humanos médicos. [sede web]. Navarra, España: Universidad de Navarra; 2002. [accesado 19 de febrero 2008]. Disponible en: http://www.unav .es/cdb/ammvenecia3.html

53. López B. Desarrollar Recursos Humanos. Informe SESPAS. [en línea]. Sevilla: SESPAS; 1999. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: www.sespas.es/informe2000/d5_36pdf

54. Colegio de Médicos de Chile. Distribución del recurso médico en chile [sede Web]. Chile: Unidad de Estudios, Colegio de Médicos; 1999 [acceso 23 de febrero 2008] Disponible en: www. Colegiomedico .cl/Portals/0 /files /biblioteca /publicaciones/pub_tecnicas/13.pdf

55. INFOCOM. Informe por país. [Sede Web]. [s.l.] Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD); 1995 [Actualizado 2007; accesado 20/2/08] Disponible en: http://72.249.12.200/drupal/?q=node/96

56. Ortiz P. Política de Recursos Humanos en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Revista Administración en Salud. 1996. 30(16):34-40.

57. López D. Planificación de Recursos Humanos en la Reforma Sectorial en Salud. [Internet]. Washington: OPS; 2002. [acceso 20 de febrero 2008] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems09402. htm

58. Organización Panamericana de la Salud. Política de Recursos Humanos, Ministerio de Salud, División de Planificación Estratégica, Depto. Desarrollo de Recursos Humanos, Julio 1996. [en línea]. Chile: OPS; 1996. [acceso 20 de febrero 2008] Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/SHA/chirstp.htm

59. La Reforma de la Seguridad Social en Salud: Una visión conceptual y experiencias comparadas. Rev. Administración en Salud. Año X. Chile. 1996. may. 5(96). P.3-4.

60. Problemas en el Sector Salud. Rev. Administración en Salud. Año IX. Chile. 1995. 3(95). P.5.

61. Brito P. Planificación de Recursos Humanos y Reformas del Sector Salud en Cuba. [en línea] Cuba: Rev. Cubana Educ. Med. Super; 2002. [acceso 22 de febrero 2008] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_ 4_02 /ems09402.htm

62. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector Salud. Washington: OPS. 2001. (Documento Oficial CD43-9) v.43.

63. Brito P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. [revista en línea]. [s.l.] Rev Panam Salud Pub; 2000; 8(1-2):43-54. [acceso 22 de febrero 2008] Disponible en: http:// www.Paho .org/spanish/dbi/es/ART-Brito.pdf

64. Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington DC: OPS, 1993. (Serie desarrollo de recursos humanos. Nº 96)

65. Mable A. Elaboración basada en Steady State. Finding a Sustainable Balance Point. International Review of Health Workforce Planning. [en línea] Ottawa, Canada: Health Care System; 2002. [acceso 19 de febrero 2008] Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/2002-steadystate-etatstable /index_e.html

66. NHS. Working Together. Securing a Quality Workforce for the NHS. [en línea] Inglaterra: Department of Health; 1998. [acceso 19 de febrero 2008] Disponible en: http://www.open.gov.uk.doh/newnhs/hustrat.html

67. Bach S. Tendencias De las reformas sectoriales de salud en europa y sus repercusiones en la gestión de recursos humanos. [en línea] Inglaterra: Escuela de Administración de Empresas Warwick, Universidad de Warwick; 2002. p. 71-122. [acceso 19 de febrero 2008] Disponible en: http:// www.paho.org/Spanish/HSP/HSR/HSR01/libro1-obsrrhh.pdf

68. Rubio M. Políticas y sistemas de valoración de recursos humanos en los hospitales públicos: una aplicación de la formación técnica de los enfermeros. [en línea]. España: Universidad San Pablo; 2003. [acceso 19 de febrero 2008]. Disponible en: http://www.madrimasd.org/revista/revista19 /investigación/tesis2.asp

69. Navarro S. The political context of social inequities and health. [revista en línea]. España: International Journal of Health Services; 2003. p. 1-21. [Acceso 19 de febrero 2008]. Disponible en: http://www.baywood.com/hs/hs341.pdf

70. World Health Organization. Alma Ata 1978: Primary health care. [monografía en línea]. Geneva: 1978 Health for All; 2000. Series, No. 1. [acceso 21 de febrero 2008]. Disponible en: http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d00990 1358b0e2c1256915005090be?Opendocument

71. Gupta N, Zurn P, Diallo K, and Dal Poz MR. Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. [revista en línea] Suiza: International Journal for Equity in Health; 2003 [acceso 21 de febrero 2008]. Disponible en: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid =14697099

72. Gupta N, Zurn P, Diallo K, and Dal Poz MR. Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. [en línea] Suiza: International Journal for Equity in Health; 2003 [acceso 21 de febrero 2008]. Disponible en: www. Networ .unimaas.nl

73. Paraguay Ministerio de salud pública y bienestar social, universidad nacional de asunción, organización panamericana de la salud, organización mundial de la salud (ops/oms). Politica nacional de recursos humanos en salud 1999-2003. [documento en línea] Asunción, Paraguay; [s.n.] 1999 [accesado el 20/2/08]. Disponible en: http://www.ins. gov.py /Documentos/ POLITICA %20DE%20RR.HH.doc

74. Organización Panamericana de la Salud. 27.a Conferencia sanitaria panamericana. 59.a sesión del comité regional. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 [Monografía en línea] Washington: [s.n.] 1-5 de octubre del 2007 [accesado el 15/2/08]. Disponible en: www.paho.org/spanish/gov/csp /csp27.r7-s.pdf

75. Goic A. Proliferación de escuelas de medicina en Latinoamérica: causas y consecuencias. Rev. med. Chile. [revista en línea]. Agosto 2002, [accesado 20 Febrero 2008] 130(8): 917-924. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872002000800013&script=sci_arttext

76. Ríos H. El analisis de los recursos humanos en la medicina. [Monografía en línea]. México: [s.n.]; 2004. [Accesado el 22/2/08] Disponible en: www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/res036/txt3.htm - 45

77. Arango Y. Referentes socio-históricos latinoamericanos: contribución a los fundamentos políticos de la promoción de salud. RevCubana Salud Pública. [Revista en línea]. ene 2008, 34(1), [Accesado el 22/2/08]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100017&lng=pt&nrm=iso

78. Nieto H. Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (Confemel). Trabajo medico: cambios y consecuencias. (revista en línea) Boletín de Temas de Salud. Mexico: Abril 2003 - Año XII Nº 97 [Accesado el 20/2/08] Disponible en: http://www.medicos-municipales.org.ar/informe0403.htm

79. Organización Panamericana de la Salud. 56a sesión del comité regional: política del presupuesto regional por programas de la ops corrigendum [Monografía en línea] Washington: OPS, OMS; 27 de septiembre-1 de octubre 2004 [Accesado el 22/2/08] Disponible en: www.ops-oms.org/spanish/gov/ce/ce134.r10-s.pdf

80. Yordi I. La política de la OMS en materia de género. National machineries for women in development [revista en línea]. [s.l.]: OMS; Marzo del 2002. [Accesado el 21/2/08]. 24(3) Disponible en: http://www.prbb.org/quark/27/027024.htm

81. Organización Panamericana de la Salud. Política de la OMS en materia de género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. [en línea] Washington: OMS; 2002. [Accesado el 22/2/08]. Disponible en: http://www.who.int/gender /mainstreaming /ESPwhole.pdf

82. Ávila L. Reflexiones sobre la migración de recursos humanos calificados: la "fuga de cerebros chile" [en línea]. Chile: [s.n.]; 2003 [Accesado el 17/2/2008]. Disponible en: http://alhim.revues.org/document700.htm"

83. InfoCom. Información y comunicación en salud para Centroamérica y República Dominicana [Sede Web]. Centro América: Recursos Humanos de la Salud de Centro America; 2007. [Actualizado 28/12/2007, Accesado el 17/2/2008]. Disponible en: http://72.249.12.200/drupal/?q=node/83.

84. Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud. Propuesta Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. [en línea]. El Salvador: [s.n.]; mayo 2006. [Accesado el 17/2/2008]. Disponible en: http://www.lachealthsys.org/documents/events/ steering _role07/El_Salvador-Politica_Desarrollo_Rec_Humanos_Salud.pdf

85. Sáenz M. Política nacional de salud 2002 – 2006. [en línea]. San José: [s.n.]; Marzo 2003. [accesado el 20 de febrero 2007] Disponible en: http: //www.ministeriodesalud.go.cr/politicasdesalud/politica%20nacional%20de%20salud%2020022006.pdf

86. Organización Panamericana de la Salud. Informe situación de los recursos humanos en salud en Centroamérica. [en línea]. San José: [s.n.]; Febrero 2006. [Accesado el 17/2/2008]. Disponible en: http:// 72.249.12.200 /drupal /files/ perfil %20de %20RRHH %20CA.doc

87. Ministerio de Salud de EL Salvador. Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud (2006-2015). [en línea]. San Salvador: Ministerio de Salud de El Salvador; 22 de agosto de 2006. [Accesado el 20/2/2008]. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/Lima/docs/ElSalvadorDesafiosdeGestion deRRHH.pdf

88. Cruz M. Salud e historia en Centroamerica análisis de las reuniones del sector salud de Centroamerica y República Dominicana 1985-2000. Programa de formación en salud internacional oficina de la subdirección. [en línea]. Nicaragua: [s.n.] 2001. [Accesado el 20/2/2008]. Disponible en: http: //72.249.12.200/drupal/files/INFORME_FINAL_XVII_RESSCAD_NIC-01.pdf

89. Observatorio de Recursos Humanos. Desafios Nacionales, Taller Plan Decenal RRHH, 23- 25 agosto/2006 Guatemala. [en línea]. Lima, Peru: [s.n.]; 2006. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/Lima/docs/SubregionCentroAmerican PlanesDecenalesRHS.pdf

90. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de salud de Guatemala: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. [en línea]. Washington D.C.: [s.n.]; 2007. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http_/www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=133

91. Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Reforma del Sector Salud en Guatemala 1996-2000. [en línea] Guatemala: MSPAS; 1998. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.lahealthsys.org /documents /events/puertorrico05/mr1-gut-pur05.pdf

92. Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación de la función rectora de la autoridad sanitaria nacional. [en línea]. Guatemala. MSPAS; 2000. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www. achealthsys.orgdocumentseventselsalvador05edo-frasn-guatemala. pdf

93. Guatemala Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social. Plan nacional de desarrollo de recursos humanos Guatemala, 2007-2015: Reunión Subregional, Copán, Honduras Agosto 2006. [en línea]. Guatemala:

Dirección General De Recursos Humanos, Departamento De Formación; 2006. [Accesado el 19 de febrero de 2008]. Disponible en: http:// www.observatoriorh.orgLimadocsGuatemala PlanNacional.pdf

94. Estrada R. Enviarán propuesta a Cuba para crear escuelas de medicina rural. El Periódico Guatemala, miércoles 6 de febrero de 2008; País. [en línea]. Guatemala 2008. [Accesado el 20 de febrero de 2008.]. Disponible en: http://www.elperiodico.com.gt./es/20080206/pais/48313/

95. Guatemala Ministerio de Salud. Calidad y funciones de salud pública. Foro regional: La nueva agenda de la reforma del sector de la salud: Fortaleciendo las funciones esenciales de la salud pública y los sistemas de salud: Perspectivas del país sobre calidad y su relación con las funciones esenciales de salud pública. [en línea]. Antigua, Guatemala: MSPAS; 2004. [Accesado el 19 de febrero de 2008]. Disponible en: http:// www.pos.org.gtInfteccomunicCP/20guatemala

96. Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Planificación Estratégica. Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud. Lineamientos Básicos y Políticas Año 2004-2008. Guatemala. MSPAS; 2004.

97. Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. División de Recursos Humanos. Propuesta de Políticas y Estrategias del Área de Recursos Humanos. Guatemala 1991.

98. Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 009: Proyecto de presupuesto general de ingresos y egresos del estado ejercicio fiscal 2004. [en línea]. Guatemala: [s.n.]; 2004. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.minfin.gob.gt/archivos/presu2004/doc14.pdf

99. United States Agency Internacional Development. Sinergias entre educación, salud y nutrición en Guatemala. [en línea]. Estados Unidos de América: [s.n.]; 2003. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.usaid.govgtdocssinergias_versionfinal12.pdf

100. Palma C. Voto 2007: El Sistema Hospitalario está en Emergencia. El Periódico Guatemala. [en línea]. Guatemala: [s.n.]; 2007. [Accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.elecciones. elperiodico.comgt /look /diagnostico/salud_curativa.php

101. Palma C. Voto 2007: Cumplimiento de metas y prioridades en medio de obstáculos. El Periódico Guatemala. [en línea]. Guatemala: 2007. [Accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.elecciones. elperiodico.comgt/look/diagnostico/salud_curativa.1php

102. Hurtado P. Voto 2007: Logros a medias de la extensión de cobertura. El Periódico Guatemala. [en línea]. Guatemala: 2007. [Accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.elecciones.elperiodico.comgt /look/diagnostico/salud_publica.php

103. Ayapán S. Estructura Organizacional Y Funcionamiento [en línea] Guatemala: MSPAS; 2006.

104. United Status Agency Internacional Development. ¿Qué compra el Gobierno de Guatemala con su Inversión en Salud? [en línea] Guatemala: 2006. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: www.usaid.gov/gt/docs/policy_inversion.pdf

105. Peña M. Ceremonia de lanzamiento de las políticas de recursos humanos de salud y las políticas de inversiones en salud; 26 de enero 2006; Perú. [en línea] Perú: 2006. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.per.ops-oms.org/discurso/LanzamientoPolíticasRRHH.pdf

106. Pan American Health Organization, Regional Office of the World Health Organization. Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud Pública: Factor Crítico de la Reforma del Sector Salud. [En línea]. Guatemala: 2004. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.lachealthsys.org/documents/events/guatemala04/CharlesGodue.pdf

107. Organización Panamericana de la Salud. 7 de Abril Dia Mundial de la Salud, Crisis de Recursos Humanos de la Salud. REV. Medicos Hoy, Revista de la Confederacion Médica de la República de Argentina [Revista en linea] 2004 [accesada el 21 de febrero de 2008]; vol (4) [pantalla 1]. Disponible en: http://www.comra. health.org.ar/ medicoshoy /abril06/04_dia.htm)

108. WHO. Cuadro Health Systems [en línea]. WHO; 2006. [accesada el 21 de febrero 21 de 2008]. Disponible en: http://www.who. int/whr/2006/annex/en)

109. Dussaul G, Franceschini M. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. [en línea] [s.l.]: Human Resources for Health; 27 Mayo 2006. [Accesado el 22 de Febrero de 2008]. Disponible en: http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12)

110. Kabene S, et. al. The importance of human resources management in health care: a global context. [en línea] [s.l.] [s.n.]; 27 julio 2006. [accesado el 21 de febrero 2008]. Disponible en http://www.human-resources-health.com/content/4/1/20)

111. Ugalde A, Homedes N. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. Rev Panam Salud Publica [revista en línea]. 2005 Mar [citado 2008 Feb 21]; 17(3): 202-209. Disponible en: http://www.scielosp.org /scielo. php?script =sci_arttext&pid=S1020-49892005000300011&lng=es&nrm=iso.

112. Organización Panamericana de la Salud. Los recursos humanos de salud, “Retos Fundamentales para la Region de las Americas” [en línea] Washington DC: [s.n.]; Septiembre 2006. [Accesado el 17 de Febrero de 2008]. Disponible en: http://www.paho. org/spanish /gov/cd/CD47-19-s.pdf)

113. USAID. The Health Sector Human Resource Crisis in Africa: An Issues Paper. [en línea] Washington: USAID; 2003. [Accesado 24 feb 2008]. Disponible en www.eldis.org/go/topics/dossiers/human-resources-for-health/africa

114. Serneels P. For public service or money, understanding geographical imbalances in the health workforce. [en línea] [s.l.]: World Bank Policy Research Working Paper 3686; Agosto 2006. [accesado 24feb2008] Disponible en: www.wds.worldbank.org/.../IW3P/IB/2005/08/19/000016406_20050819124104/Rendered/PDF/wps3686.pdf

115. Staying in or leaving rural practice. Outcome of rural doctors. [en línea]. [s.l.] [s.n.]; 1999. [Accesado 24 feb 2008]. Disponible en www.mja.com. au/public/issues/sep21/kamien/kamien.html

116. Octava reunión regional de los observatorios de recursos humanos en salud. planes decenales de los países de la Región, Sub Región de Centro América y República Dominicana. [en línea]. Lima, Perú: Plan Decenal de RRHH Centroamérica; 2006. [Accesado 24 feb 2008]. Disponible en http: //www.observatoriorh.Org/Lima/docs/SubregionCentroAmericanPlanDecenalPPT.pdf

117. United Nations International Convention on the Protection of the Rights of all Migrant Workers and their families. [en línea] [s.l.]: [s.n.]; 1990. [Accesado 24 feb 2008] Disponible en: www.unhchr.ch/html/menu3/b/m_mwctoc.htm

118. Organización Panamericana de la Salud. La migración del personal en salud en la región de las Américas, situación, perspectivas y sugerencias para la accion. VII Conferencia Iberoamericana de Ministros y Ministras de Salud. [en línea] Colonia del Sacramento Uruguay: [s.n.]; Octubre 2006. [Accesado el: 17 de Febrero 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HR/7conf_ iberoamer_migracion.pdf

119. Bach S. Labour and social issues. Internacional Labour Office. [en línea] Geneva: International migration of Health Workers; julio 2003. [accesado 24 feb 2008] Disponible en: www.equinetafrica.org/bibl/docs/BAChres300108.pdf

120. Lincoln C, Chen M, Jo I. Fatal Flows "Doctors on the Move". Rev. New England Journal of Medicine [revista en linea], octubre de 2005. 353(17):1810-1818. Disponible en: www.nejm.org.

121. Organización Mundial de la Salud. Migración internacional, salud y derechos humanos. Serie de Publicaciones sobre Salud y Derechos Humanos. [en línea] Washington: Organización Mundial de la Salud; Diciembre 2003. [accesado 24 feb 2008] Disponible en: www.who.int/hhr/activities/2005%20PRT%2016325%20ADD %201%20Migr_HHR-Spanish%20edition.pdf

122. Organización Panamericana de la Salud. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. 27a Conferencia sanitaria panamericana. [en línea] Washington: OPS; 2007. [accesado 21 feb 2008] Disponible en: http://www.paho.org /spanish/gov/csp/csp27.r7-s.pdf

123. Brito P. Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales. [en línea] [s.l.]: OPS. Programa de Recursos Humanos, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud; 2003. [accesado 24 feb 2008]. Disponible en: www.opas.org. br/rh/ admin /documentos/plg02010.pdf

124. República de Uruguay Facultad de Medicina. Programa de Reforma de la Formación de Recursos Humanos en Salud. [sede web] Uruguay: Fac. Med. Un. De la Rep. Uruguay; 1998. [accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.iadb. org/ exr /doc98/pro/uur0120.htm

125. Organización Panamericana de la Salud. Regulación de Recursos Humanos de Salud en Chile. Ministerio de Salud de Chile OPS, 2005. [sede web]. Chile: OPS; 2005. [accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://pwr-chi.bvsalud.org/dol/docsonline/get. php?id=166

126. Recursos Humanos en Salud. Médicos Hoy. [revista en línea]. Rev. de la Confederación Médica de la Rep. de Argentina 2005. [accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.comra.health.org.ar /medicoshoy/agosto04/pagina_indice.htm

127. Planificación en recursos humanos y reformas del sector salud. [revista en línea]. Rev Cubana Educ Med Super. 2002. 16(4) [accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16 4 02/ems09402.htm

128. Sistemas de salud en búsqueda de excelencia: los recursos humanos en foco. [revista en línea]. Rev Latino-am Enfermagem Brazil 2006. may-jun. 14(3): 307-8. [accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http //www.scielo.br/ pdf/rlae/ v14n3/es v14n3a01.pdf

129. RevistaeSalud.com. fortalecimiento de servicios esenciales de salud en Latinoamérica mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación. Proyecto de demostración basado en Plataforma para la e-Salud en Código. [revista en línea]. [s.l.] RevistaeSalud.com; 2007. Dic. 3(7). [accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/viewArticle/19 0/ 486 E&

130. Rigoli F. Los observatorios de recursos humanos en América Latina, asesor regional programa de desarrollo de recursos humanos OPS-OMS [sede web]. Washington: OPS; 2001. [accesado el 22 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www. observatoriorh. Org/esp/pdfs/Observatorio_AL_Livro.pdf

131. Organización Panamericana de la Salud. Regulación de recursos humanos de salud en Chile. Ministerio de Salud de Chile OPS, 2005. [sede web] Chile: OPS; 2005. [accesado el 22 de febrero de 2008]. Disponible en: http:// pwr-chi.bvsalud.org /dol/docsonline/get. Php?id=166

132. Arandi J. Geografía Visualizada de Centroamérica. Guatemala. Piedra Santa. 2007.

133. Manske M, et al. Informe Demográfico de Centroamérica. 2001-2008. [sitio web] [s.l.] [s.n.] 2001-2008. [accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/centroamerica

134. Wikipedia la Enciclopedia Libre. América Central. [sitio web] [s.l.] [s.n.] 2008. [accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http//es. Wikipedia .org/wiki/America_Central

135. INCEP. Centroamérica: Balance de escenarios económicos, sociales y políticos, así como las perspectivas 2005 – 2006. [sede web] [s.l.] INCEP; 2005. [accesado el 19 de febrero de 2008]. Disponible en: http:/www.incep.org/images/content/Balance.pdf

136. Godve C. Unidad de recursos Humanos para la Salud (HRH) de la Organización Panamericana de la Salud. [sede web] Washington: OPS; 2006. [accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: www.paho.org/spanish/dd/pin/ps060320.

137. Bach S. Human resources and new approaches to public sector management. [Presentación en taller]. En: Global Health Workforce Strategy. Annecy, Francia. 2000. dic. P. 9-12 de diciembre, 2000.

138. Organización Panamericana de la Salud. Observatorio de Recursos Humanos en Salud en las Américas 1999-2004: Lecciones aprendidas y expectativas para el futuro. Unidad de Recursos Humanos, OPS-OMS. [sede web] Washington: OPS; 2004. [accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http: //www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/introdutorio_e.pdf

139. Cottom H. Análisis crítico del sistema nacional de salud en Guatemala. [en línea]. Guatemala. [s.n.] Julio 2004. [accesado 20 de febrero 2008]. Disponible en: www.url.edu.gt/.../ Archivos/Analisis %20Critico% 20del%20Sistema%20Nacional%20de%20Salud%20en%20Guatemala.

140. Mesa C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. CEPAL. [sede web] Chile: CEPAL; 2005. [accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/24058/LCW63_ReformasSalud_ALC_cap.3.pdf

141. Rodríguez A. Financiamiento del desarrollo: Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central. CEPAL. [sede web] Chile: CEPAL; 2006. [accesado el 18 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.cepal.cl/cgi-bin

142. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica. [en línea] Costa Rica: OPS; 2004 [accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=127

143. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de salud en Honduras. [en línea] Honduras: OPS; 2001. [actualizado el 26 de noviembre del 2001; accesado el 20 de febrero del 2008]. Disponible en: www.lachealthsys.org /index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=136

144. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de salud en El Salvador. [en línea] El Salvador: OPS; Diciembre 2006. [Accesado el 20 de febrero del 2008]. Disponible en: www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task= doc_download&gid=130

145. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud en Nicaragua. [en línea] Nicaragua: OPS; Febrero 2002. [accesado el 20 de febrero del 2008]. Disponible en: www.lachealthsys.org /index.php ?option=com_docman &task=doc_download&gid=140

146. CEPAL. Comisión económica para América latina y el Caribe. Salud, equidad y capital humano en el Istmo Centroamericano. [en línea] México: CEPAL; 1994. [Accesado el 29 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.eclac.org/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/8577/P8577.xml&xsl= /mexico/tpl/p9f.xsl&base= /mexico/tpl/top-bottom.xsl

147. Ministerio Español de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Plan de Acción de Salud - Diagnóstico y Líneas Generales de Acción: Descripción del Sector de la Salud en Centroamérica. Marzo 2006. La Antigua Guatemala. [sitio web] Guatemala: Ministerio Español de Asuntos Exteriores y de Cooperación; 2006. [Accesado el 29 de febrero de 2008]. Disponible en: http://ceccsica.org/programas-accion/salud/situacion1d.html

148. Organización Panamericana de la Salud/PASCAP. Caracterización de la Situación en Recursos Humanos en Salud. Costa Rica: OPS; Febrero 1995. (Publicación científica 641).

149. Red de Cajas de Herramientas, MiPYME. Política Nacional para el desarrollo de las micro, pequeñas y medianas empresas. [en línea]. Guatemala: MiPYME; 2007 [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.infomipyme.com/Docs/GT/Offline/tecnicos/Pmipyme.pdf

150. Organización Panamericana de la Salud. Reunión del Comité Regional Asesor en Estadísticas de Salud. [Internet]. Washington: OPS; 2000. [accesado el 20 de febrero de 2008] Disponible en: http:www.amro.who.int /spanish/sha/be_v21n2-CRAESspa.htm

151. Elizondo F. Universidad Estatal a Distancia. [en línea] Costa Rica: [s.n.] 2000. [Accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.uned.ac.Cr/globalNet/global/administracion/gobierno/articulos/fernandoelizondo918.htm

152. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Plan de acción en salud 2006. [en línea]. Guatemala: [s.n.] 2006. [Accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: http://ceccsica.org/programas-accion/salud/situacion1d.html

153. Instituto Centroamericano de estudios fiscales, Finanzas Públicas en Centro América, Guatemala 2006. [en línea]. Guatemala: [s.n.] 2006. [Accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en: www.icefi.com

154. Infante A, Mata I, López D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Revista Panamericana Salud Pública. 2000. Jul-Ago. vol. 8:1-2.

155. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, 2007, volumen I-Regional. [en línea]. Washington: OPS; 2007. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/hia/home.html

156. Organización Panamericana de la Salud. Informe Situación de los recursos humanos en Salud en Centroamérica. San José, Costa Rica: OPS; Feb. 2006. Publicación Científica.

157. Guatemala Instituto Nacional de Estadística. Perfil Socioeconómico de Guatemala: XI censo nacional de población y VI de habitación año 2002. [en línea]. Guatemala: INE; 2006. [accesado 20 de febrero 2008]. Disponible en: www.infoiarna.org.gt/media/file/PERFAM2006/CAP2/2.1%20PERFIL%20SOCIOECONOMICO.pdf

158. Cottom H. Análisis Crítico del Sistema Nacional de Salud en Guatemala. [en línea]. Guatemala. [s.n.] Julio 2004. [accesado 20 de febrero 2008]. Disponible en: www.url.edu.gt/.../Archivos/Analisis%20Critico%20del%20Sistema%20Nacional%20de%20Salud%20en%20Guatemala

159. Asociación Iberoaméricana de Cámaras de Comercio. Monografía de Guatemala. [sede web]. Guatemala. [s.n.] 2000. [accesado 20 de febrero 2008].Disponible en:www.aico.org$$/... /Monografías /Monografia Guatemala /tabid/1696/ctl/Login/Default.aspx - 20k

160. Guatemala Ministerio de Salud Pública y Assitencia Social. Situación y Tendencias del Financiamiento de la Salud en Guatemala. [Sede Web]. Guatemala: MSPAS; 2006. [accesado 20 de febrero 2008]. Disponible en: www.mspas.gob.gt/menu/financiamiento_gastos/USAID_Situacion_financiamiento_2006

161. Guatemala Ministerio de Salud Pública y Assitencia Social. Informe de Rendicion de Cuentas año 2006. Consolidado Personal del MSPAS. [Sede Web]. Guatemala: MSPAS; 2006. [Accesado 21 Febrero del 2008]. Disponible en:http://www.mspas.gob.gt/menu/financiamiento_gastos/Rendicion_de_cuentasMSPAS_2006.pdf

162. Brito P. Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de Salud en las reformas sectoriales Programa de Desarrollo de Recursos. [en línea] Brasil. [s.n.] 2006. [Accesado el 15 de Febrero del 2008]. Disponible en: http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/plg02010.pdf

163. Biscoe G. Human resources: the political and policy context. [Presentación en taller]. En: The Global Workforce Strategy Group. Geneva: WHO; 2001.

164. Sánchez Viesca A. La práctica de la reforma del sector salud en Guatemala: lecciones para el futuro. Guatemala: Centro para el Desarrollo Estratégico en Salud. 2000. (Publicación Científica No.1).

165. La Forgia G. In search of excellence. Strengthening hospital performance in Brazil. Concept paper. Washington, D.C. World Bank, 2003.

166. Brito P. Impacto de las reformas del sector salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Rev Panam Salud Pública. Panamá. 2000; 8(1/2):43-54.

167. Médicos municipales. Informe Especial. [sede web]. Buenos Aires, Argentina. [s.n.] 2004. [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: www.medicos-municipales.org.ar/informe.htm

168. McCaffery J. Cómo combatir la crisis de recursos humanos para la salud. [en línea]. [s.l.] The INFO Project at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs. 2008. [accesado el 20 de febrero del 2008]. Disponible en www.maqweb.org /techbriefs/ spanish /stb37capacity.pdf

169. Segura A, Martínez A. Crisis mundial de los recursos humanos del sector salud. [en línea]. Barcelona, España: [s.n.] 2006. [accesado el 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.losrecursoshumanos.com/rrhh-salud-crisis.htm

170. Jiménez J. Recursos humanos para la salud, tema central en el informe de la OMS 2006. [en línea]. Mexico: OMS; 2006. [accesado el 22 de febrero del 2008]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim062a.pdf

171. Europa SCADPlus. Escasez de Recursos Humanos en el Sector Sanitario. [monografía en linea]. Brussels: Europa SCADPlus; 2005. [Última actualización 28.6.2006; accesado el 23 de febrero del 2008]. Disponible en: http://europa.eu/scadplus/leg/es/lvb/r12550.htm

172. Asociación Médica Mundial. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre recursos humanos médicos – I 30 de abril de 2002 [sede web] España: [s.n.] 2002. [Accesado 17 de Febrero del 2008]. Disponible en: www.unav.es/cdb/ammvenecia3.html

173. Puertas B. Maestría en Salud Pública. Información general del Posgrado de la Universidad de Illinois, Chicago. [en línea] Chicago, Illinois. [s.n.] 2008. [Accesado el 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http: // www.usfq.edu.ec/POSTGRADOS/Salud/Maestria_SP.html

174. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003. Capitulo 7 sistemas de salud. [Sede Web]. Washington: OPS; 2003. [Accesado el 18 de Febrero del 2008]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index.html

175. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Rev Panam Salud Pública. Panamá. 2005. 17(3):210-20.

176. Asturias E. Crisis de recurso humano en medicina. El Periódico. Guatemala 2005. Martes 20 de septiembre de 2005. [accesado el 20 de febrero de 2008] Disponible en: http://www.elperiodico.com.gt/es/20050920/opinion/20158/

177. Monzón, M. Diagnóstico Situacional: Enfermeras para el Mundo. Provincia de Manabi, Ecuador. [en línea]. Manabi, Ecuador: [s.n.] 2004. [Accesado el 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.ong. enfermundi.com/proyectos/pdf/informemanabi.pdf

178. ANMM. Acceso universal al cuidado medico. [sitio web]. México: ANMM; 2001 [Accesado el 20 de febrero del 2008]. Disponible en: www.anmm.org.mx/descargas/anmm/ACCESO-UNIVERSAL-AL-CUIDADO-MEDICO .pdf

179. Organización Mundial de la Salud. Respuestas a las Necesidades Sanitarias Urgentes. Informe sobre la Salud en el Mundo. Washington: OMS; 2006. (Publicación científica; 215)

180. Rodríguez J. Contribuciones y desafíos de los Recursos Humanos Prioritarios. [sitio web]. Washington: PAHO; 2000. [Accesado el 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n2-mdgs.htm

181. Vásquez C, Borrell R. Recursos humanos en salud en Costa Rica: Situación actual y desafíos para una década. 1 ed. Costa Rica: OPS, 2006.

182. Nino A. Percepción de los problemas de salud por parte de las autoridades sanitarias: Condición para América Latina y el Caribe, 2005. [s.n.] [s.l.] 2005.

183. Vargas W. Desarrollo y características de los servicios de salud y nutrición pare las comunidades urbanas y rurales de Costa Rica. [en línea]. Costa Rica: [s.n.] 1999. [accesado 18 de febrero 2008]. Disponible en: http://www.unu.edu/unupress/food2/UIN06S/uin06s09.htm

184. Bach S. Human resources and new approaches to public sector management. [Presentación en taller]. En: Global Health Workforce Strategy. Annecy, Francia; 2000 dic 9-12.

185. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico: Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en las Américas. OPS: 100 años de Salud. [sede web]. Washington: OPS; 2004. [Accesado el 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n2-mdgs.htm

186. Condiciones de Salud en Guatemala. El Periódico Guatemala. Martes 20 de septiembre de 2005. [accesado el 20 de febrero de 2008] Disponible en: http://www.elperiodico.com.gt/es/20050920/opinion/20158/ Guatemala

187. European Union. Communication from the Comission to the Council and the European Parliament. EU strategy for action on the crisis in human resources for health in developing countries. [en línea]. Brussels: European union; 2005. [accesado el 23 de febrero del 2008]. Disponible en http://europa.eu/scadplus/leg/es/lvb/r12550.htm

188. Padilla M. Marco para la formulación de Políticas Nacionales de Salud Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud Area. Desarrollo Estratégico de la Salud OPS/OMS. [sitio web] Washington: OPS; 2004. [accesado el 20 de febrero de 2008] Disponible en: http://www.paho.org /english /dpm/shd/hp /Events_04_Antigua_Guatemala.htm

189. Organización Panamericana de la Salud. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud: OPS; 2007 Publicación (Científica y Técnica No. 622)

190. Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamentos estratégicos de la Agenda Nacional de Salud. Documento preliminar. Guatemala: MSPAS. 2006. (Publicación científica; 821).

191. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Informe Anual de Labores 2004. [sede web] Guatemala: IGSS; 2004. [accesado el 21 de febrero del 2008]. Disponible en:http://www.igssgt.org/downloads/Informe%20de%20Labores%202004%20-%20IMPROBADO.pdf. Acceso febrero 2008.

192. Alonso P. Tendencias de la salud internacional: retos y oportunidades para nuestra sociedad. Gac Sanit. Jun. 2003. p.175-178. [accesado el 23 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.scielosp.org/ scielo.php ?script= sci_arttext&pid=S0213-91112003000300001&lng=es&nrm=iso.

193. Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Rev Panam Salud Publica [revista de línea]. 2002 Jun. [accesado 20 Febrero 2008]; 11(5): 316-326. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo .php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500007&lng= en&nrm=iso.

194. Pan American Health Organization, Health Human Resources Trends in The Americas: Evidence for Action. [en línea]. Toronto, Ontario, Canada: Cameron R.; 2006; [Accesado el 20 de febrero 2008] Disponible en: http://www.observatoriorh.org/Lima/docs/HRHA%20Strengthening%20_eng.p df

195. Normand C. Strengthening Public Health Human Resources in Europe: Meeting the Training Challenge. [revista en línea] 12th Annual EUPHA Meeting: Plenary Sessions, Oslo 7-9 Octubre 2004. Oxford University Press Diciembre 2004. European Journal of Public Health, 14, Supplement 1, pp. 11-11 Disponible en : http://openurl.ingenta.com/content?genre=article&issn =1101-

196. Chen L, et al. Colaboremos por la Salud Informe sobre la salud en el Mundo. [monografía en línea]. Francia: Asociación Panamericana de la Salud; 2006 [Accesado 21 Febrero 2008]. Disponible en: http://books. google.com.gt/books?hl=es&id=KFQwGi0rx98C&dq=Colaboremos+por+la+Sal ud+Informe+sobre+la+salud+en+el+Mundo&printsec=frontcover&source=we b&ots=wNw328Q89-&sig=o4KJMF8TifxPgouvUZ_u3u4y4YE#PPR 1,M1

197. Observatorio de Recursos Humanos [sede web]. San Salvador, Salvador: Ministerio de Salud del Salvador; Agosto 2006 [Acceso 20 de febrero del 2006] Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud (2006-2015) Avances [9 páginas]. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/Lima/docs /ElSalvadorDesafiosdeGestiondeRRHH.pdf

198. López D. Desafíos en materia de Recursos Humanos en Salud en las Americas para la próxima década. [Sede Web]. Toronto [Canada]:2005 [Accesado 20 Febrero 2008] Disponible en: http://www.paho.org

199. Costa Rica. Ministerio de Salud de Costa Rica: Información actual y desafíos para una década [en línea]. Costa Rica: OPS, OMS; 2006 [Accesado 20 Febrero 2008]. Disponible en: http://www.cendeisss.sa.cr/ seguridadsocial /index_archivos/AlciraCastillo.pdf

200. Arrollo J. Situación y desafíos en el campo de los recursos humanos en salud en el área Andina, en los albores de los 2000. Revista Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Perú). 2002. 63(3): P. 212-222.

201. García M. Movilidad de médicos en Europa y gestión de los servicios sanitarios BMC Health Services Research. [revista en línea] 2007 [Accesado 21 Febrero 2008].4(21)Disponible en:www.smacor.com/Movilidad%20de%20medicos%20en%20Europa%20y%20gestion%20de%20los%20servicios%20sanitarios.pdf.

202. Observatoriorh.org, VIII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos: Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud (2006-2015) [Sede Web] Avances; Guatemala. Plan nacional de desarrollo de recursos humanos: 2007-2015, [accesado el 20 de febrero de 2008] Disponible en: http:// www.observatoriorh.org/Lima/esp/index_es.html.

203. Purcallas D. Recursos Humanos en Salud: Promoviendo la Excelencia en la Gestión de Recursos Humanos: Transformación estratégica de recursos humanos en salud. San José, [Costa Rica] [sede Web] OPS, OMS; 1992 Pag. 3, [accesado el 20 de febrero de 2008] disponible en: http://www.esap.edu.co/editor2/images/archivos/Ponencia%20Rocio%20Saenz.pdf.

204. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud. El Encuentro Sub Regional Andino para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud culminó exitosamente [sede Web]. La Paz [Bolivia]: OMS/OPS; 17 de

noviembre de 2007 [accesado 20 Febrero 2008]. Disponible en: http://www.ops.org.bo/

205. México. Instituto Nacional de Salud Publica: Retos y desafíos: importante demanda de recursos humanos especializados: Fortalecer el capital humano en salud pública. [en línea]. México 2005-2006 [accesado el 21 de febrero de 2008]. Disponible en http://www.insp.mx/Portal/Espm/pdf/retos.pdf .

206. Mitecnológico.com [sede web]. Tijuana, BC, México: [Accesado 20 de febrero de 2008]. Desafíos Competitivos en Recursos Humanos. [4 pantallas] Disponible en: http://www.mitecnologico.com/Main/DesafiosCompetitivos RecursosHumanos

207. Arroyo J. Los sistemas descentrados de recursos humanos en salud: el caso del Perú, 1990-2005. Ciênc. saúde coletiva [periódico en línea], diciembre 2006 [citado 2008 febrero 20] 11(4): 1063-1072. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123200600 0400027&lng=es&nrm=iso.

208. Ministerio de la Protección Social-República de Colombia [en línea]. Bogotá Colombia; Octubre 2002 [Accesado 20 de febrero del 2008]. Desafíos para los recursos humanos en el sistema general de seguridad social en salud [183 páginas]. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/ Observatorio/ library/documents/DocNewsNo14544DocumentNo1061.pdf

209. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [en línea]. Perú: Sistema de Bibliotecas de la UNMSM; 2002 [Actualizado 2002; Accesado 20 de febrero de 2008]. Situación y desafíos en el campo de los Recursos Humanos en salud en el área Andina, de los Albores de los 2000 [3 pantallas] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe

210. Del Corral M, Guerra A, Abreu R. Escenario Cubano Hacia una Década de Recursos Humanos en Salúd. [revista en línea]. Cuba: Revista Salúd; 2007. [accesado 20 febrero 2008] Disponible en: http://www.who.int/csr/sars /country/2003_08_15/en/index.htm

211. Rhnorte.com, Recursos Humanos Norte. Los desafíos de los Recursos Humanos a mitad del 2007 – Parte III. [sede web]. Argentina. [s.n]. 2006 [accesada en 16 Feb 2008]. Disponible en http://rhnorte.com.ar/Desafios%20III.doc.

212. Frenk J. La salud de la población: Hacia una nueva salud pública: Introducción:La salud como punto de encuentro [en línea]. [7 pantallas]. México D. F; 1997 [Accesado 20 de febrero de 2008] Disponible en: http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/sec_7.htm

213. Organización Panamericana de la Salud Trabajadores de Salud: Héroes de todos los días [en líena]. 2006 [Accesado 20 de febrero del 2008]. [5 pantallas]. Disponible en: www.paho.org/spanish /dd/pin/whd2006_godue.htm

214. Eumed [sede Web]. Cartagena, Colombia: Orozco J.; 2006 [Accesado 20 de febrero del 2008].]. Colombia (Revista en línea) Tu Salud. Desafíos en Salud Pública [2 pantallas] Disponible en: http://www.eumed.net/libros/2006c/199/1l.htm

215. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional en Honduras. Las Condiciones de Salud en las Américas 1998 [en línea]. Tegucigalpa, Honduras C.A: OPS/PAHO; 1999 [Accesado 20 de febrero del 2008]. [45 pantallas]. Disponible en: www.paho-who.hn/salud98.htm

216. El Salvador Ministerio de Salud. Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud (2006-2015) Avances [en línea]. San Salvador: 2006 [Accesado 20 Febrero 2008] Disponible en: www.observatoriorh.org/Lima/docs/ElSalvador DesafiosdeGestiondeRRHH.pdf

217. Rigoli F, Rocha C, Foster A. Desafíos críticos de los recursos humanos en salud: una visión regional. Rev. Latino-Am [Revista en línea]. Enfermagem. [citado 20 febrero 2008]; Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100002&lng=es&nrm=iso.

218. Orozco A. Desafíos en Salud Pública [en línea]. Cartagena [Colombia]: EMVI; Año probable 2005 [accesado 20 Febrero de 2008]. Disponible en: www.eumed.net/libros/2006c/199/0B.htm

219. Guatemala, APRESAL. La Reforma del Sector Salud. Guatemala: Imaginación: APRESAL; 1999: pag 253.

220. Rodríguez M. Los servicios de salud en Guatemala. ONG Inservida. [en línea] Guatemala, [accesado el 21 febrero de 2008] Disponible en: http://www.consumer.es/web/es/solidaridad/proyectos_y_campanas/2006/09/15/155577.php

221. Organización Panamericana de la Salud. El recurso más valioso: las personas que trabajan para la salud. [en línea]. Guatemala, OPS 2006 [accesado el 21 febrero de 2008] Disponible en: http://www.ops.org.gt/Inftec/comunic/CP%20Guatemala%20celebra%20el%20D%C3%ADa%20Mundial%20de%20la%20Salud%202006.pdfd

222. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. [en línea]. Ginebra, Suiza: OMS; 2000 [Acceso 21 de febrero del 2008]. , Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. [23 páginas] Disponible en: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_dgmessage_es.pdf

223. Yazbeck A, Tan J, Tanzi V. Public Spending on Health in the 1980s: the impact of adjustment lending programs. Background paper for the World Bank. [Monografía en línea] World Development Report 1993: Investing in Health. Washington: Banco Mundial, 1993. [accesado 21 de febrero de 2008]; Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100003&lng=&nrm=iso&tlng=

224. Domínguez U. Health Financing in Brazil in the Context of Macroeconomic Adjustment. 2000, 15-18 de junio. Atenas, Grecia; National School of Public Health. 2000. Reunion of the Federation for International Cooperation of Health Services and Systems Research Centers (FICOSSER).

225. Popline.org [sede web]. Estados Unidos de America: Musgrove P.: 1984 [Acceso 21 de febrero del 2008]. Care and Economic Hardship [1 pantalla]. Disponible en: http://www.popline.org/docs/028153

226. Musgrove P. Economic crisis and health policy response. En: Tapinos G, Mason A, Bravo J, editores. Demographic responses to economic adjustment in Latin America. Lille. 3 ed. Estados Unidos: International Union for the Scientific Study of Population, 1997: v.1. p.112-127.

227. Ministerio de Salud de Chile, División de Salud de las Personas, Diseño e Implementación de las Prioridades de Salud. Santiago: Ministerio de Salud, 1997; 45 suplemento 3: 6-13.

228. Ministerio de Salud de Costa Rica y Organización Panamericana de la Salud. La Salud como Producto Social en el Estado Moderno años 1992-1993. Rev salud (San José de Costa Rica), 1993; 11(1):2-5

229. European Observatory on Health Care Systems Series [en línea]. Philadelphia: Financing operating costs for acute hospital services. En: Saltman R, Figueras J, Sakellarides C. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press; 1998. [actualización 2002; accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en http://www.mcgraw-hill.co.uk/openup/chapters/0335209289.pdf

230. World Health Organitation, Regional Office. Health 21, Europa 2000. Informe de la Oficina Regional 2000: Recursos humanos en salud [en línea]. España: OMS; 2000 [Accesado 20 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.who.int /whr/2000/es/

231. Chen L, Evans D, Evans T, Sodoro R, Stilwell B, Trovis P. Colaboremos por la Salud Informe sobre la salud en el Mundo. [monografía en línea]. Francia: Asociación Panamericana de la Salud; 2006 [Accesado 21 Febrero 2008]. Disponible en: http://books.google.com.gt/books?hl=es&id=KFQwGi0rx98C&dq=Colaboremos+por+la+Salud+Informe+sobre+la+salud+en+el+Mundo&printsec=frontcov

er&source=web&ots=wNw328Q89-&sig= o4KJMF8Tifx PgouvUZ_u3u 4y4YE# PPR1,M1

232. Montoya C. Recursos humanos de salud: otro asunto por resolver. [monografía en línea] [s.n] El Pulso, Sección Generales, Agosto del año 2002. [Accesado 15 Feb 2008]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid= S0213-9111200200a010&script=sci_arttext&tlng=e

233. Cuadros J. EL mundo pobre se queda sin médicos. [en línea]. Madrid: solidaridad. 2008 [accesado 20 febrero del 2,008]. Disponible en: www.ciudadredonda.org/spip/article.php3?id_article=531.

234. Bastías G, Marshall R, Zuñiga D, Mena C. Número de médicos en Chile: estimaciones, proyecciones y comparación internacional. Revista médica de Chile [revista en línea] 2000 diciembre [accesado 20 febrero del 2,008]; 128 (10): [13 páginas]. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-988720 00001000014&script=sci_arttext.

235. Cherjovsky R. Universidad abierta interamericana. Buenos Aires: Revista Popular. [revista en línea]. 2008 [actualizada el 3 de enero 2008; accesado 20 febrero del 2,008]. Disponible en: www.uai.edu.ar/.

236. González B, Pass J, Pérez F, Rodríguez J, Pérez I. Mesa Redonda: ¿Faltan médicos? ¿Cuestión cuantitativa o cualitativa?. Revista Educ Med; [Revista en línea]; Barcelona 2007 septiembre; 10(3) [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132007000400003&lng=pt&nrm=

237. Soteras L, Fernández B, Serrano M, Antúnez P, Castro D. Planificación de los recursos humanos para la salud. Educ Méd Salud. [Revista en línea] Cuba 2002; 16(4) [accesado 20 de febrero del 2008] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems09402.htm

238. Organización Mundial de la Salud. Working Together, Securing a Quality Workforce for the NHS. Unidad de recursos humanos para la salud. [en línea];

2006; [accesado 20 de febrero del 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/Whd06_HumanResources_Spa.doc.

239. Periódico El Pulso [en línea] Indicadores de demanda de profesionales y auxiliares en salud. [s.l] 2002. [accesado 20 de febrero del 2008] Disponible en: www.periodicoelpulso.com/html /ago02/general/general-09.htm

240. Universidad de Antioquia [Sede web] Convenio 0059 Fonade. Colombia; 2006. Indicadores existentes de recurso humano, en Colombia y otros países de Latinoamérica en la década de los 60's [en línea] [accesado 20 de febrero del 2008] Disponible en: http://guajiros.udea.edu.co/wwwrh/modelo.htm

241. Asociación de Médicos Municipales de la ciudad de Buenos Aires. [en línea] Buenos Aires 2006. Análisis detallado del perfil del recurso humano, de nuestro país Argentina. [Accesado 20 de febrero del 2008] Disponible en: www.medicos-municipales.org.ar/prax0304.htlm

242. Abud R. Actualidad Política de Venezuela, Recurso Humano en Salud Revista Milenio [revista en línea], 2008 [accesado 20 de febrero del 2008] Disponible en: http://chamosaurio.wordpress.com/2007/08/28/la-salud-descentralizada

243. Leal A. Canarias Paraíso de la Corrupción, Recurso Humano en Salud, [sede web] Canarias noviembre 2007. [accesado 20 de febrero del 2008] 6(22): Disponible en:http://estoesnada.blogcindario.com/2007/11/02186-la-sanidad-kanarya. html

244. Rojas F. Situación, Sistema y Recursos Humanos en Salud para el desarrollo en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública; [Revista en línea] junio 2003. [accesado 20 de febrero del 2008]. 20(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000200011&script=sci_ artext.

10. ANEXOS

Anexo 1
Instrumento: Hoja No. 1 Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO MÉDICO EN LA REPÚBLICA DE GUATEMALA -2008-

Número: _____

Consentimiento Informado:

La siguiente encuesta corresponde al trabajo de graduación "Caracterización del Recurso Humano Médico en la República de Guatemala" a realizarse por estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala previo a obtener el Título de Médico y Cirujano, que será realizada en todo el país durante los meses de abril y mayo del presente año.

El propósito de dicha investigación es el de caracterizar el recurso humano médico en las dimensiones demográficas, laborales y académicas.

Los datos obtenidos en esta encuesta serán utilizados únicamente con fines académicos y científicos, los cuales no serán divulgados o compartidos con otras instituciones ajenas sin previa autorización de los autores y de las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Dicha encuesta es de carácter voluntario y únicamente le tomará 5 minutos de su tiempo.

Yo _____

Con número de colegiado _____

Consiento que se me realice la siguiente encuesta ya que la información que yo brinde puede ser de utilidad científica y autorizo a que sea utilizada exclusivamente para los fines anteriormente expuestos siempre y cuando se me garantice el más absoluto respeto a mi intimidad y anonimato.

Firma del encuestado _____

Continuación de Anexo 1
Instrumento: Hoja No. 2 Cuestionario

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD UNIDAD DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN
CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO MÉDICO EN LA REPÚBLICA DE GUATEMALA
-2008-

NO. DE COLEGIADO:			Numero de Boleta:
NOMBRE DEL ENCUESTADOR:			
LUGAR DE LA ENCUESTA:	DEPARTAMENTO		
	MUNICIPIO		
INSTITUCIÓN O CLINICA PARTICULAR DONDE SE REALIZA LA ENTREVISTA			FECHA:

1. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	1.1 ¿Cuantos años cumplidos tiene? _____	1.2 Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐	1.3 Cual es su estado civil actual? Soltero ☐ Divorciado ☐ Unido ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Separado ☐	1.4 ¿En que área se encuentra localizada su residencia? Urbano ☐ Rural ☐
2. CARACTERISTICAS LABORALES	2.1 ¿Labora usted como médico y cirujano? Sí ☐ No ☐ Si su respuesta es **NO** especifique profesión u oficio actual:_____		2.2 ¿Labora usted en más de un lugar que tenga relación con su profesión de médico y cirujano? . Sí ☐ No ☐ ¿En cuántos?_____ si su respuesta fue si pregunte: Según sus prioridades y de acuerdo al número de lugares en donde labore como médico y cirujano, Indique el lugar donde se ubican, tipo de institución y el tipo de práctica profesional a la que se dedica en cada una de ellas.	

No.	Lugar		Institución					Práctica Profesional			
	Urbano	Rural	Estatal	Autónoma	Privada	ONG	No institucional	Clínica	Docencia	Investigación	Administración
1											
2											
3											
4											
5											
6											

3. CARACTERISTICAS ACADEMICAS	3.1 Grado académico que posee: (marque todas las que correspondan)	
	Sólo Licenciatura de médico y cirujano ☐	Otra Licenciatura ☐ ¿Cuál?
	Universidad que extendió su titulo de Medico y Cirujano:	USAC ☐ UFM ☐ UMG ☐ Extranjera ☐
	Realizando Residencia ☐	¿Cuál?
	Especialización ☐	¿Cuál?
	Sub especialización ☐	¿Cuál?
	Maestría ☐	¿Cuál?
	Doctorado ☐	¿Cuál?
	Post doctorado ☐	¿Cuál?

Continuación de Anexo 1
Instrumento: Hoja No. 3 Instrucciones

INSTRUCCIONES

Objetivo: Obtener información directa de los médicos de Guatemala para identificar sus características demográficas, laborales y académicas.

1. Identifíquese con el médico.
2. Infórmele sobre el estudio, entregue su carta de presentación. Indíquele que sólo le tomará 5 minutos de su tiempo.
3. Proporciónele el consentimiento informado y pídale que lo llene según corresponda.
4. El instrumento es una ENCUESTA DIRIGIDA la cual consiste en 8 preguntas que deben ser llenadas por el estudiante.
5. Escriba el Número de colegiado donde se le indica.
6. Identifique la boleta: coloque en la casilla correspondiente el número de boleta (que debe ser el mismo del consentimiento informado). Escriba su nombre, departamento, municipio e institución en donde realiza la entrevista y la fecha. Idealmente éstos ya deberían de estar llenos antes de entrevistar al médico.
7. Marque con un signo visible (círculo, equis, etc.) en la casilla la opción que corresponda.
8. En la pregunta 1.4, respecto al área donde se encuentra localizada la residencia del médico se tomará como urbano a las ciudades, cabeceras departamentales o municipales (cascos urbanos) y a lo rural a todo lo que se encuentre fuera de los cascos urbanos.
9. En el inciso 2, pregunta 2.1 si la respuesta es no, especificar a que nueva profesión u oficio se dedica el médico y aquí terminaría la encuesta.
10. En la pregunta 2.2 escriba en números en cuántos lugares relacionados con su profesión de médico refiere que labora.
11. En la pregunta 2.3 marque en la casilla en orden de prioridad para el médicosegún corresponda. El lugar donde labora se definirá así:

- Urbano: ciudades, cabeceras departamentales o municipales (cascos urbanos).
- Rural: Todo lo que se encuentre fuera de los cascos urbanos.

Las instituciones se definirán así:

- Una institución estatal es toda aquella que depende del Estado, específicamente del Ministerio de Salud Pública como Hospitales Regionales, de Especialidades y de Referencia, Centros, Puestos de Salud y otros.
- Como institución autónoma se tomará a todas aquellas que no dependen del Estado, tales como: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y sus dependencias, Universidad de San Carlos de Guatemala, sus centros y extensiones universitarias y Municipalidades.
- Institución privada se entiende como todas las instituciones de servicio médico de tipo lucrativo (clínicas, hospitales, sanatorios).
- Las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) que son entidades de carácter civil privado con fines y objetivos definidos por sus integrantes.
- No institucional: se tomará a todas las clínicas particulares que son propiedad de los médicos entrevistados o que éstos arrenden.

12. En la pregunta 3.1 marque todas las opciones que correspondan y anote por escrito la otra licenciatura, residencia, especialidad, subespecialidad, maestría, doctorado y post doctorado que el médico le refiera.
13. Agradezca al médico su tiempo y despídase.
14. Para tabular los datos obtenidos en la encuesta ingrese a la página www.observatoriomedico.org introduzca su número de usuario y clave y siga las instrucciones que ahí se le indican.

Fuente: Instrumento elaborado por investigadores.

Anexo 2

Procesos reformistas y cambios que provocan

Aspectos principales de las reformas	**Implicaciones para el trabajo del personal**
. Descentralización	. Mayor resolución
. Cambios en los ministerios: funciones y estructuras	. Nuevas funciones y áreas de competencia
	. Exigencia de mayor calidad y productividad
. Cambios en el financiamiento y en los sistemas de pago	. Cambios en la organización del trabajo y conformación de equipos
. Nuevas modalidades de gestión, externalización o contratación de terceros, compra de servicos, autonomía de servicios, etcétera	. Nuevas formas contratación
	. Énfasis en el desempeño y su evaluación
	. Cambios en los sistemas de incentivos
	. Regulación de los procesos de desarrollo de recursos humanos
. Cambios en los modelos de atención, tanto en sus aspectos básicos como en su complejidad	
. Extensión de la cobertura	

Fuente: Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS, 1999.

Anexo 3
Política de Recursos Humanos para la Salud (Primera Parte)

Iniciativa a dos años	**Cambios esperados**	**Marcas de progreso**	**Línea de acción principal**	**Factibilidad y viabilidad**
El Observatorio de RRHHS provee información sobre las necesidades de personal de salud, las tendencias en la oferta de formación, cambios demográficos y epidemiológicos, para la formulación de la política.	Se dispone de la información necesaria para la formulación de la política.	Informes del Observatorio de RRHHS al finalizar 2007.	Fortalecimiento del ORRHHS.	Convenio Interinstitucional refrendado Compromisos Institucionales Recursos técnicos, Recursos económicos.
El Ministerio de Salud Pública conduce el proceso participativo de formulación de la política nacional de recursos humanos para la salud.	El Ministerio asume su papel rector, inicia el proceso y convoca a mesas de trabajo.	La política Nacional de Salud ha sido presentada al Congreso de la República para su aprobación al finalizar 2007.	Abogacía sobre la importancia de la política. Apoyo técnico, Asignación de recursos económicos.	Voluntad política. Recursos técnicos. Recursos económicos.
Se gestionan los cambios técnicos, laborales y presupuestarios para sustentar la política.	El Ministerio de Salud Pública asegura en las instancias correspondientes las condiciones para la implementación de la política.	Documentos de acuerdos y decisiones en los sectores laborales, financieros e institucionales en relación a la política.	Abogacía	Voluntad política Compromisos institucionales

Continuación de anexo 3
Política de Recursos Humanos para la Salud (Segunda Parte)

Iniciativa a dos años	**Cambios esperados**	**Marcas de progreso**	**Línea de acción principal**	**Factibilidad y viabilidad**
Fortalecimiento del Observatorio de RRHHS para optimizar la recopilación de información básica sobre la distribución actual de personal de salud y las necesidades de personal por categorías, regiones del país y niveles de atención.	Se cuenta con información básica para la toma de decisiones.	Se dispone, en el primer semestre de 2007, de un documento publicado por el ORRHHS con recomendaciones precisas para la distribución equitativa del personal.	Abogacía para la participación institucional. Apoyo técnico Dotación de Recursos.	Voluntad política. Las instituciones que conforman el observatorio fortalecen el compromiso. Se incrementan recursos financieros.
Plan de incentivos para la movilización de personal de salud a regiones prioritarias.	Claridad en el proceso de movilización, sustento legal y condiciones económicas para la ejecución.	El plan de movilización ha sido aprobado, los recursos asignados al finalizar 2007 y se inicia en 2008.	Fortalecimiento Institucional. Movilización de Recursos. Readecuación de presupuesto.	Voluntad política. Recursos financieros.

Continuación de anexo 3
Política de Recursos Humanos para la Salud (Tercera Parte I)

Iniciativa a dos años	**Cambios esperados**	**Marcas de progreso**	**Línea de acción principal**	**Factibilidad y viabilidad**
Análisis de los requerimientos de formación de personal de salud para llenar los vacíos en la disponibilidad cuanti-cualitativa para la entrega de servicios equitativos y de calidad en todas las regiones del país.	Las instituciones formadoras y de servicio analizan en forma conjunta la situación y tendencia en la formación de personal de salud y las necesidades inmediatas.	Disponibilidad de un documento que puntualiza las necesidades de formación de personal de salud en el país en cada región, por categorías de personal, con competencias y características culturales específicas.	Fortalecimiento del Observatorio de Recursos Humanos y de la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y de servicios. Abogacía, apoyo técnico.	Las instituciones que conforman el observatorio fortalecen el compromiso. Se amplía la participación académica en la Comisión Interinstitucional.
Plan de formación de personal de salud para cubrir las necesidades y demandas identificadas.	Existe consenso sobre las acciones inmediatas a tomar en la formación de personal de salud, reflejado en un plan de acción elaborado de manera interinstitucional.	Plan nacional de formación de personal de salud formulado en 2007 y puesto en marcha en 2008.	Abogacía Apoyo técnico. Movilización de recursos institucionales y extrapresupuestarios.	Interés y compromiso de las instituciones formadoras. Se obtienen recursos para la extensión de actividades educativas a las regiones alejadas y marginadas. Acciones paralelas para asegurar la absorción local del recurso formado

Continuación de Anexo 3
Política de Recursos Humanos para la Salud (Tercera Parte II)

Transferencia de la formación de identificación de enfoques y contenidos mínimos para la formación de personal técnico y profesional en salud, con base a competencias.	La formación de técnicos en salud se ha estandarizado, por categorías de personal. Se han identificado las competencias mínimas del personal profesional y técnico de salud, de acuerdo al modelo de atención. Se homogenizaron los contenidos mínimos en la formación, con base en competencias.	Acuerdos bilaterales política para la formación de acuerdos entre instituciones de servicio y de formación sobre las categorías de personal a formar en los próximos 10 años al finalizar el 2007. Existe un documento de competencias para cada categoría de personal técnico y profesional al finalizar el primer semestre de 2008. Se dispone de contenidos mínimos para cada carrera profesional al finalizar 2008.	Abogacía, capacitación, fortalecimiento institucional y recursos económicos.	Voluntad política, decisión institucional, incremento presupuestario.
Aprobación de mecanismos de regulación de la formación técnica y profesional de salud.	Se han consensuado mecanismos de regulación de la calidad de la formación, con apego a las disposiciones nacionales.	Existe la base legal e instrumental para la regulación de la calidad y pertinencia de la formación de salud. Al finalizar el 2008	Abogacía en las instancias más altas de la academia. Creación de espacios de diálogo y consenso. Fortalecimiento Institucional.	Decisión Institucional.

Fuente: Guatemala. Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social. Dirección General De Recursos Humanos. Departamento De Formación. Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos Guatemala, 2007-2015: Reunión Subregional, Copán, Honduras Agosto 2006. [En línea]. Guatemala 2006. [Accesado el 19 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.observatoriorh.orgLimadocsGuatemalaPlanNacional.pdf

Anexo 4

Gestión de los recursos humanos en salud

Iniciativa a dos años	**Cambios esperados**	**Marcas de progreso**	**Línea de acción principal**	**Factibilidad y viabilidad**
Reclasificación de puestos y salarios con base a perfiles ocupacionales.	Existe claridad en puestos y salarios.	Documento de clasificación de puestos.	Reclasificación de puestos.	Asignación presupuestaria.
Implementación de la carrera administrativa.	Base legal para la administración y desarrollo del personal.	Documento de carrera administrativa.	Fortalecimiento institucional, abogacía y cooperación técnica.	Voluntad política.
Educación permanente.	Procesos de capacitación con enfoque de educación permanente, sustentados en competencias laborales.	Documento de competencias laborales. Planificación de educación permanente. Documentos de contratación y evaluación del desempeño.	Capacitación y asistencia técnica y asignación de recursos.	Voluntad política, recursos financieros.

Fuente: Guatemala. Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social. Dirección General De Recursos Humanos.

Departamento De Formación. Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos Guatemala, 2007-2015: Reunión

Subregional, Copán, Honduras Agosto 2006. [En línea]. Guatemala 2006. [Accesado el 19 de febrero de 2008].

Disponible en: http://www.observatoriorh.orgLimadocsGuatemalaPlanNacional.pdf

Anexo 5

Recurso Humano En Salud A Nivel Mundial (primera parte)

No	País	Médicos			Enfermeras		
		Numero	Densidad por 1000	año	Numero	Densidad por 1000	año
1	Afganistán	4,104	0.19	2001	4,752	0.22	2001
2	Albania	4,100	1.31	2002	11,473	3.62	2003
3	Argelia	35,368	1.13	2002	68,950	2.21	2002
4	Andorra	244	3.7	2003	205	3.11	2003
5	Angola	881	0.08	1997	13,135	1.15	1997
6	Antigua y Barbuda	12	0.17	1999	233	3.28	1999
7	Argentina	108,800	3.01	1998	29,000	0.8	1998
8	Armenia	10,983	3.59	2003	13,320	4.35	2003
9	Australia	47,875	2.47	2001	187,837	9.71	2001
10	Austria	27,423	3.38	2003	76,161	9.38	2003
11	Azerbaiján	29,587	3.55	2003	59,531	7.11	2003
12	Bahamas	312	1.05	1998	1,323	4.47	1998
13	Bahrein	803	1.09	2004	3,153	4.27	2004
14	Bangladesh	38,485	0.26	2004	20,334	0.14	2004
15	Barbados	322	1.21	1999	988	3.7	1999
16	Belarus	45,027	4.55	2003	115,116	11.63	2003
17	Bélgica	46,268	4.49	2002	60,142	5.83	2003
18	Belice	251	1.05	2000	303	1.26	2000
19	Benin	311	0.04	2004	5,789	0.84	2004

20	Bhután	118	0.05	2004	330	0.14	2004
21	Bolivia	10,329	1.22	2001	27,063	3.19	2001
22	Bosnia y Herzegovina	5,576	1.34	2003	17,170	4.13	2003
23	Botswana	715	0.4	2004	4,753	2.65	2004
24	Brasil	198,153	1.15	2000	659,111	3.84	2000
25	Brunei Darussalam	336	1.01	2000	892	2.67	2000
26	Bulgaria	28,128	3.56	2003	29,650	3.75	2003
27	Burkina Faso	789	0.06	2004	5,518	0.41	2004
28	Burundi	200	0.03	2004	1,348	0.19	2004
29	Camboya	2,047	0.16	2000	8,085	0.61	2000
30	Camerún	3,124	0.19	2004	26,042	1.6	2004
31	Canadá	66,683	2.14	2003	309,576	9.95	2003
32	Cabo Verde	231	0.49	2004	410	0.87	2004
33	Republica Central Africana	331	0.08	2004	1,188	0.3	2004
34	Chad	335	0.04	2004	2,387	0.27	2004
35	Chile	17,250	1.09	2003	10,000	0.63	2003
36	China	1,364,000	1.06	2001	1,358,000	1.05	2001
37	Colombia	58,761	1.35	2002	23,940	0.55	2002
38	Comoros	115	0.15	2004	588	0.74	2004
39	Congo	756	0.2	2004	3,672	0.96	2004
40	Islas Cook	14	0.78	2001	41	2.72	2001

Continuación de Anexo 5

Recurso Humano En Salud A Nivel Mundial (segunda parte)

No.	País	Médicos			Enfermeras		
		Número	Densidad por 1000	año	Número	Densidad por 1000	año
41	Costa Rica	5,204	1.32	2000	3,631	0.92	2000
42	Costa de Marfil	2,081	0.12	2004	10,180	0.60	2004
43	Croacia	10,820	2.44	2003	22,372	5.05	2003
44	Cuba	66,567	5.91	2002	83,880	7.44	2002
45	Chipre	1,864	2.34	2002	2,994	3.76	2002
46	República Checa	35,960	3.51	2003	99,351	9.71	2003
47	Rep. Demo. de Corea	74,597	5.29	2003	87,330	3.85	2003
48	Rep. Demo. de Congo	5,827	0.11	2004	28,789	0.53	2004
49	Dinamarca	15,653	2.93	2002	55,425	10.36	2002
50	Djibouti	129	0.18	2004	257	0.36	2004
51	Dominica	38	0.50	1997	317	4.17	1997
52	Rep. Dominicana	15,670	1.88	2000	15,352	1.84	2000
53	Ecuador	18,335	1.48	2000	19,549	1.57	2000
54	Egipto		0.54	2003	146,761	2.00	2004

		38,485					
55	El Salvador	7,938	1.24	2002	5,103	0.80	2002
56	Enam	8,433	0.30	2004	228	0.45	2004
57	Eritrea	215	0.05	2004	2,505	0.58	2004
58	Estonia	6,118	4.48	2000	11,618	8.50	2000
59	Etiopía	1,936	0.03	2003	14,893	0.21	2003
60	Fiji	271	0.34	1999	1,576	1.96	1999
61	Finlandia	16,446	3.16	2002	74,450	14.33	2002
62	Francia	203,487	3.37	2004	437,525	7.24	2004
63	Gabón	395	0.29	2004	6,974	5.16	2004
64	Gambia	156	0.11	2003	1,719	1.21	2003
65	Georgia	20,962	4.09	2003	17,807	3.47	2003
66	Alemania	277,885	3.37	2003	801,677	9.72	2003
67	Ghana	3,240	0.15	2004	19,707	0.92	2004
68	Grecia	47,944	4.38	2001	42,129	3.86	2000
69	Granada	41	0.50	1997	303	3.70	1997
70	Guatemala	9,965	0.90	1999	44,986	4.05	1999

71	Guinea	987	0.11	2004	4,757	0.55	2004
72	Guinea Bissau	188	0.12	2004	1,037	0.67	2004
73	Guyana	366	0.48	2000	1,738	2.29	2000
74	Haití	1,949	0.25	1998	834	0.11	1998
75	Honduras	3,676	0.57	2000	8,333	1.29	2000
76	Hungría	32,877	3.33	2003	87,381	8.85	2003
77	Islandia	1,056	3.62	2004	3,954	13.63	2003
78	India	645,825	0.60	2005	865,135	0.80	2004
79	Indonesia	29,439	0.13	2003	135,705	0.62	2003
80	Irán	31,394	0.45	2004	91,365	1.31	2004

Continuación de Anexo 5
Recurso Humano En Salud A Nivel Mundial (tercera parte)

No	País	Médicos			Enfermeras		
		Numero	Densidad por 1000	año	Numero	Densidad por 1000	año
81	Irak	17,022	0.66	2004	32,304	1.25	2004
82	Irlanda	11,141	2.79	2004	60,774	15.20	2004
83	Israel	24,577	3.82	2003	40,280	6.26	2003
84	Italia	24,100	4.20	2004	312,377	5.44	2003
85	Jamaica	22,253	0.85	2003	4,374	1.65	2003
86	Japón	251,889	1.98	2002	993,628	7.79	2002
87	Jordania	11,398	2.03	2004	18,199	3.24	2004
88	Afganistán	54,613	3.54	2003	92,773	6.01	2003
89	Kenia	4,506	0.14	2004	37,113	1.14	2004
90	Kiribati	24	0.30	1998	191	2.36	1998
91	Kuwait	3,589	1.53	2001	9,197	3.91	2001
92	Kyrgystan	12,902	2.51	2003	31,557	6.14	2003
93	Republica Democrática	ND	ND	ND	ND	ND	ND
94	Latvia	6,940	3.01	2003	12,150	5.27	2003
95	Líbano	11,505	3.25	2001	4,157	1.18	2001
96	Lesotho	89	0.05	2003	1,123	0.62	2003
97	Liberia	103	0.03	2004	613	0.18	2004
98	Libia	6,371	1.29	1997	17,779	3.60	1997
99	Lituania	13,682	3.97	2003	26,229	7.62	2003

100	Luxemburgo	1,206	2.66	2003	4,151	9.16	2003
101	Madagascar	5,201	0.29	2004	5,661	0.32	2004
102	Malagui	266	0.02	2004	7,264	0.59	2004
103	Malasia	16,146	0.70	2000	31,129	1.35	2000
104	Maldivas	302	0.92	2004	886	2.7	2004
105	Malí	1,053	0.08	2004	6,538	0.49	2004
106	Malta	1,254	3.18	2003	2,298	5.83	2003
107	Islas Marshall	24	0.47	2000	152	2.98	2000
108	Mauritania	313	0.11	2004	1,893	0.64	2004
109	Mauritius	1,303	1.06	2004	4,550	3.69	2004
110	México	195,897	1.98	2000	88,678	0.90	2000
111	Micronesia	64	0.60	2000	410	3.83	2000
112	Mónaco	ND	ND	ND	ND	ND	ND
113	Mongolia	6,732	2.63	2002	8,012	3.13	2002
114	Marruecos	15,991	0.51	2004	24,328	0.78	2004
115	Mozambique	514	0.03	2004	3,954	0.21	2004
116	Myanmar	17,791	0.36	2004	19,254	0.38	2004
117	Namibia	598	0.30	2004	6,145	3.06	2004
118	Nauru	ND	ND	ND	ND	ND	ND
119	Nepal	5,384	0.21	2004	5,664	0.22	2004
120	Noruega	50,854	3.15	2003	221,783	13.73	2003

Continuación de Anexo 5
Recurso Humano En Salud A Nivel Mundial (cuarta parte)

No	País	Médicos			Enfermeras		
		Numero	Densidad por 1000	año	Numero	Densidad por 1000	año
121	Nueva Zelanda	9,027	2.37	2004	31,128	8.16	2004
122	Nicaragua	2,045	0.37	2003	5,862	1.07	2003
123	Níger	377	0.03	2004	2,716	0.22	2004
124	Nigeria	34,923	0.28	2003	210,306	1.7	2003
125	Niue	ND	ND	ND	ND	ND	ND
126	Noruega	14,200	3.13	2003	67,274	14.84	2003
127	Omán	3,871	1.32	2004	10,273	3.5	2004
128	Pakistán	116,298	0.74	2004	71,764	0.46	2004
129	Palau	20	1.11	1998	26	1.44	1998
130	Panamá	4,431	1.5	2000	4,545	1.54	2000
131	Papua Nueva Guinea	275	0.05	2000	2,841	0.53	2000
132	Paraguay	6,355	1.11	2002	9,727	1.69	2002
133	Perú	29,799	1.17	1999	17,108	0.67	1999
134	Filipinas	44,287	0.58	2000	127,595	1.69	2000
135	Polonia	95,272	2.47	2003	188,898	4.9	2003
136	Portugal	34,440	3.42	2003	43,860	4.36	2003
137	Katar	1,310	2.22	2001	2,917	4.94	2001
138	República de corea	75,045	1.57	2003	83	1.75	2003
139	República de Moldova	11,246	2.64	2003	25,848	6.06	2003
140	Rumania	45,538	1.9	2003	86,802	3.89	2003

141	Federación Rusa	609,043	4.25	2003	1,153,683	8.05	2003
142	Ruanda	401	0.05	2004	3,593	0.42	2004
143	Saint Kitts and Nevis	51	1.19	1997	216	5.02	1997
144	Santa Lucía	749	5.17	1999	331	2.28	1999
145	San Vicente y las Granadinas	101	0.87	1997	276	2.38	1997
146	Samoa	120	0.7	1999	346	2.02	1999
147	San Marino	ND	ND	ND	ND	ND	ND
148	San Tomas y Príncipe	81	0.49	2004	256	1.55	2004
149	Arabia Saudí	34,261	1.37	2004	74,114	2.97	2004
150	Senegal	594	0.06	2004	3,287	0.32	2004
151	Serbia y Montenegro	21,738	2.06	2002	48,875	4.64	2002
152	Seychelles	121	1.51	2004	634	7.93	2004
153	Sierra Leona	168	0.03	2004	1,841	0.36	2004
154	Singapur	5,747	1.4	2001	17,398	4.24	2001
155	Eslovakia	17,172	3.18	2003	36,569	6.77	2003
156	Eslovenia	4,475	2.25	2002	14,327	7.21	2002
157	Islas Salomón	54	0.13	1999	338	0.8	1999
158	Somalia	310	0.04	1997	1,486	0.19	1997
159	Sur Africa	34,829	0.77	2004	184,459	4.08	2004
160	España	135,300	3.3	2003	315,200	7.68	2003

Continuación de Anexo 5
Recurso Humano En Salud A Nivel Mundial (quinta parte)

No	País	Médicos			Enfermeras		
		Numero	Densidad por 1000	año	Numero	Densidad por 1000	año
161	Sri Lanka	10,479	0.55	2004	30,118	1.58	2004
162	Sudan	7,552	0.22	2004	28,704	0.84	2004
163	Surinam	191	0.45	2000	688	1.62	2000
164	Swazilandia	171	0.16	2004	6,828	5.30	2004
165	Suecia	29,122	3.28	2002	90,758	10.24	2002
166	Suiza	25,921	3.61	2002	77,120	10.75	2000
167	Siria	23,742	1.40	2001	32,938	1.94	2001
168	Tajikistan	12,697	2.03	2003	28,586	4.58	2003
169	Tailandia	22,435	0.37	2000	171,605	2.82	2000
170	Rep. de Macedonia	4,459	2.19	2001	10,553	5.19	2001
171	Timor-Leste	79	0.10	2004	1,468	1.79	2004
172	Togo	225	0.04	2004	2,141	0.43	2004
173	Tonga	35	0.34	2001	322	3.18	2001
174	Trinidad y Tobago	1,004	0.79	1997	3,653	2.87	1997
175	Túnez	13,330	1.34	2004	28,537	2.87	2004
176	Turquía	96,000	1.35	2003	121,000	1.70	2003
177	Turkmenistán	20,032	4.18	2002	43,359	9.04	2002
178	Tuvalu	6	0.55	2002	29	2.64	2002
179	Uganda	2,209	0.08	2004	16,221	0.61	2004
180	Ucrania	143,202	2.95	2003	369,755	7.62	2003
181	Emiratos Árabes Unidos	5,825	2.02	2001	12,045	4.18	2001

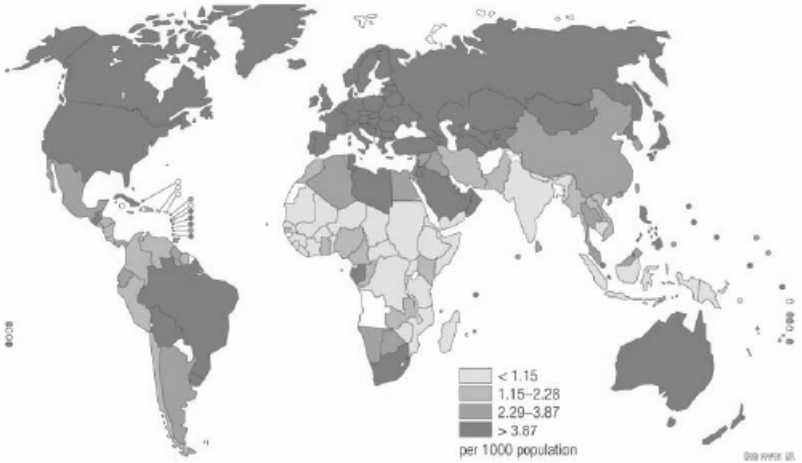
182	Reino Unido	133,641	2.30	1997	704,332	12.12	1997
183	Rep. Unida de Tanzania	822	0.02	2002	13,292	0.37	2002
184	Estados Unidos	730,801	2.56	2000	2,669,603	9.37	2000
185	Uruguay	12,384	3.65	2002	2,880	0.85	2002
186	Uzbekistán	71,623	2.74	2003	256,183	9.82	2003
187	Vanuatu	20	0.11	1997	428	2.35	1997
188	Venezuela	48,000	1.94	2001	ND	ND	ND
189	Vietnam	42,327	0.53	2001	44,539	0.56	2001
190	Yemen	6,739	0.33	2004	13,506	0.65	2004
191	Zambia	1,264	0.12	2004	19,014	1.74	2004
192	Zimbawe	2,086	0.16	2004	9,357	0.72	2004

ıFuente: Reporte mundial en salud 2006, OMS, [En línea]. Génova 2006, [Accesado el 19 de febrero de 2008]. Disponible en: ttp://www.who.int/whr/2006/annex/en).

Anexo 6
Distribución de la fuerza de trabajo en salud a nivel mundial

There are shortages of health workers worldwide

Distribution of the global health workforce

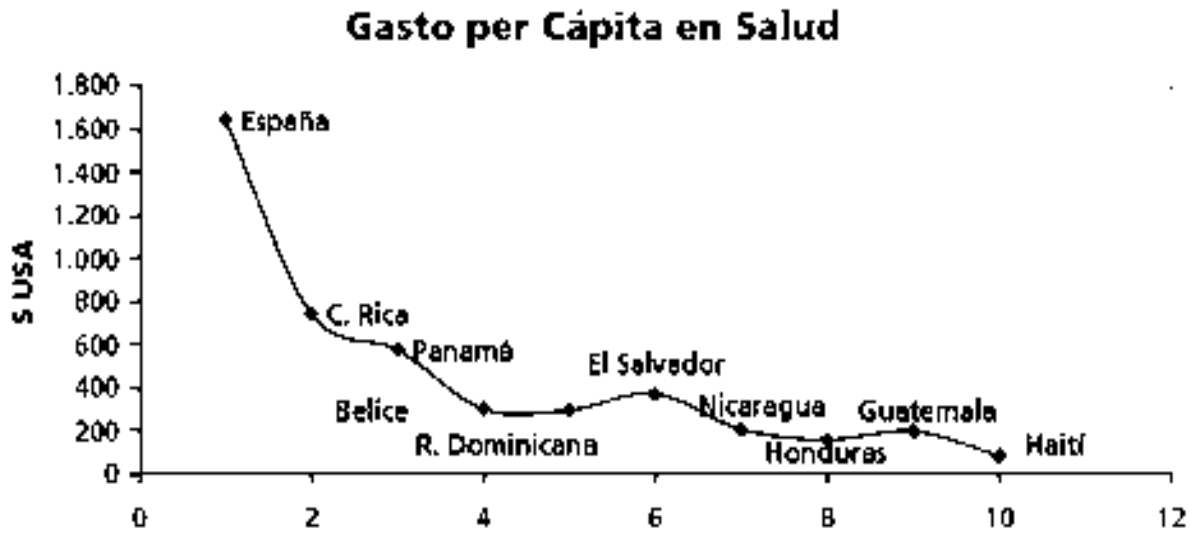


Source: WHO (2006). *The World Health Report 2006 – Working Together for Health*. Geneva, World Health Organization

World Health Organization

Fuente: Reporte mundial en salud 2006, OMS, [En línea]. Génova 2006, [Accesado el 19 de febrero de 2008]. Disponible en: (http://www.who.int/whr/2006/annex/en)

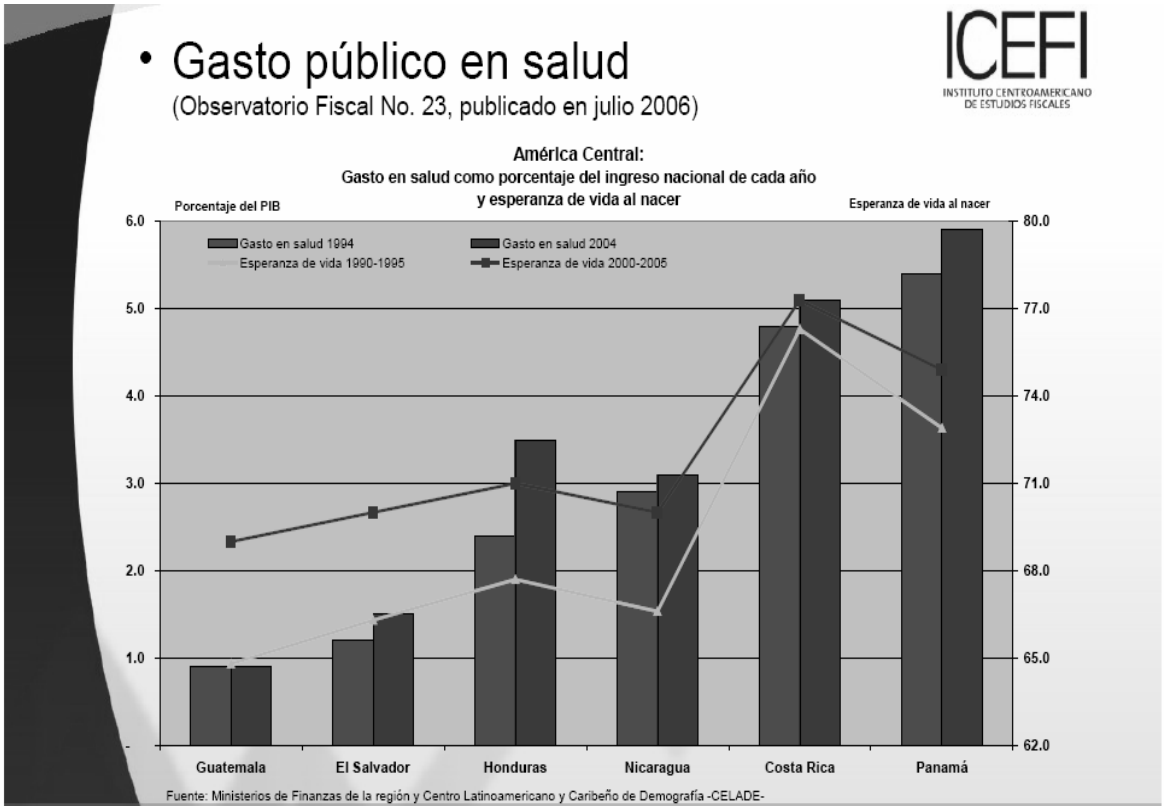
Anexo 8
Gasto per-cápita en salud en Latinoamérica



Fuente: Informes nacionales 2005: Situación de los recursos humanos en salud, OPS

Anexo 9

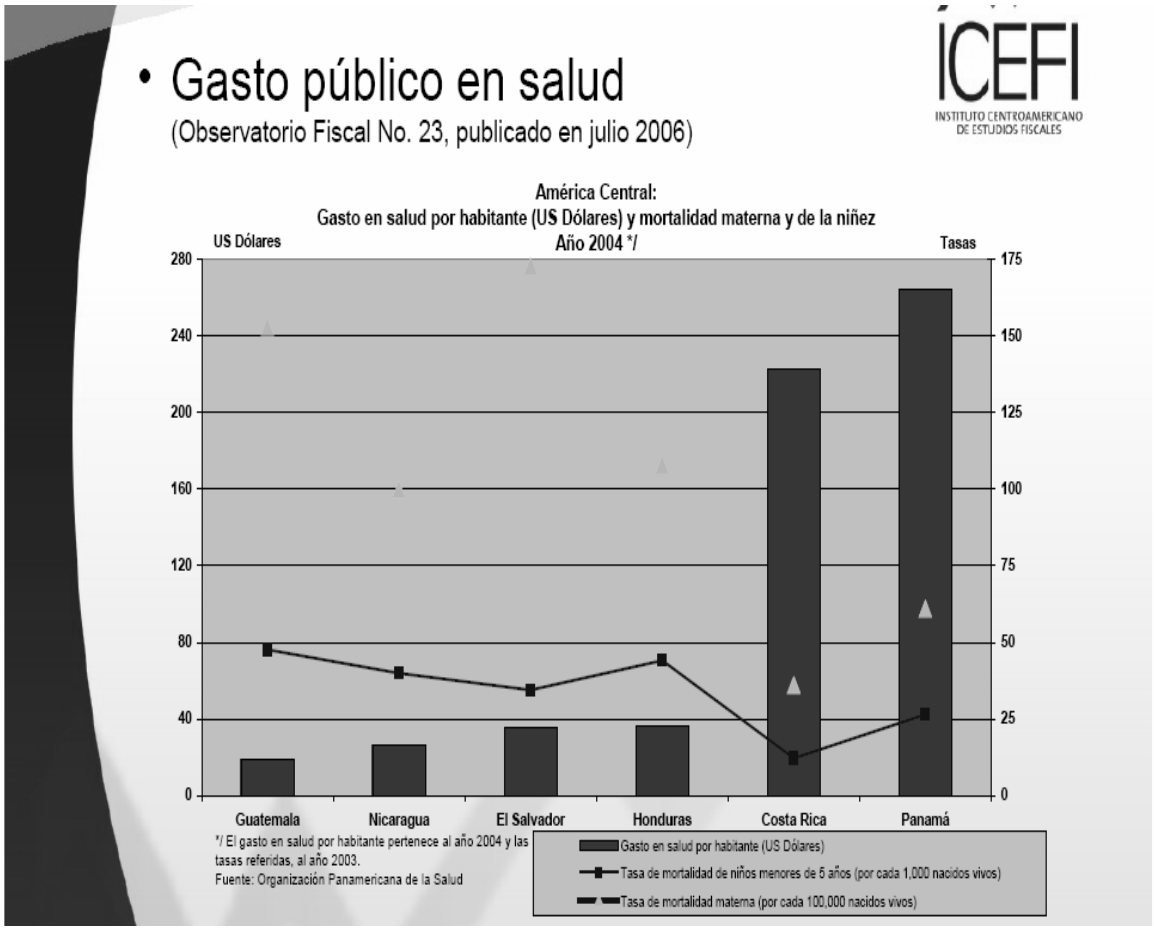
Gasto público en salud como porcentaje del ingreso nacional de cada año y esperanza de vida al nacer



Fuente: Gasto Publico en salud, Observatorio fiscal no. 23 año 2006.

Anexo 10

Gasto en salud por habitante (US Dólares) y mortalidad materna y de la niñez. 2004



Fuente: Gasto Publico en salud, Observatorio fiscal no. 23 año 2006.

Anexo 11

Escuelas o programas de formación en ciencias de la salud según condición de público o privado.

PROFESIÓN	**BELICE**		**GUATEMALA**		**HONDURAS**		**EL SAL.**	**NICARAGUA**		**COSTA RICA**		**PANAMÁ**	
	Pública	Privada	Públicas	Privadas	Públicas	Privadas	Públicas, Privadas	Públicas	Privadas	Públicas	Privadas	Públicas	Privadas
Medicina	P	P	3	4	2	2	5	2	5	1	7	1	1
Enfermería	P	P	1	2	3	0	4	7	0	1	7	2	0
Odontología	P	P	1	2	1	0	3	1	1	1	2	1	1
Farmacia	P	P	1	0	1	0	3	1	1	1	2	1	0
Bioanálisis	P	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Microbiología	P	P	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
TOTAL			**6**	**8**	**8**	**2**	**15**	**11**	**7**	**5**	**18**	**5**	**2**

Fuente: Informes nacionales 2005: Situación de los recursos humanos en salud, OPS.

Anexo 12

Principales Problemas de Atención De la Salud de la Población:
AMERICA LATINA Y EL CARIBE (17 PAISES): PRINCIPALES PROBLEMAS DE ATENCION DE LA SALUD DE LA POBLACION

Países	**Problemas**		
	Primero en importancia	**Segundo en importancia**	**Tercero en importancia**
Argentina	Superar la emergencia sanitaria producto de la crisis del año 2001	Garantizar a toda la población el acceso a servicios y medicamentos esenciales	Superara brechas estadísticas de salud que delimitan los márgenes de la falta de equidad.
Bolivia	Inaccesibilidad geográfica	Barreras culturales	Costos
Brasil	Transición epidemiológica hacia enfermedades no trasmisibles	Aumento de la complejidad y el costo de los servicios	Falta de equidad en la atención.
Chile	Falta de equidad en el acceso	Calidad Insuficiente de los servicios	Déficit de recursos
Colombia	Insuficiente accesibilidad en la prestación de servicios de salud.	Ineficiencias en organización y operación en la prestación de servicios.	----
Costa Rica	Falta de eficacia, calidad y equidad de los servicios.	Sostenibilidad financiera precaria.	Cambio del perfil epidemiológico por envejecimiento de la población.
Ecuador	Insuficiente equidad y eficiencia en los servicios	Déficit de recursos humanos	Costos de la prestación de servicios de salud.
El Salvador	Déficit de recursos.	Necesidades de salud insatisfechas en las zonas rurales.	Enfermedades emergentes y re emergentes.
Guatemala	Acceso limitado a servicios de salud.	Demanda insatisfecha	Falta de alimentación adecuada.

Continuación Anexo 12

Principales Problemas de Atención De la Salud de la Población:

AMERICA LATINA Y EL CARIBE (17 PAISES): PRINCIPALES PROBLEMAS DE ATENCION DE LA SALUD EN LA POBLACION.

Fuente: Percepción de los problemas de salud por parte de las autoridades sanitarias. Condición económica para América Latina y el Caribe 2005.

Honduras	Diarreas.	Neumonía.	Anemia, parasitismo, desnutrición.
Nicaragua	Necesidades insatisfechas.	Déficit de recursos.	Insuficiente eficacia, equidad y calidad en la provisión de servicios de salud.
Panamá	Accesibilidad insuficiente a los servicios.	Falta de equidad de los servicios.	Aumento de los costos.
Paraguay	Acceso no equitativo a los servicios de salud.	Infraestructura inadecuada.	Escaza capacidad resolutiva de los servicios de guardias de urgencia.
Perú	Bajo acceso a los servicios, particularmente los vinculados con el embarazo como el puerperio y el recién nacido.	Insuficiente calidad y eficacia en los servicios.	Déficit en recursos humanos. Acumulación epidemiológica.
República Dominicana	Limitada cobertura en atención primaria.	Desarticulación del presupuesto	Cobertura insuficiente
Uruguay	Ausencia de un modelo de atención integral de salud en que participen agentes privados y públicos.	Ausencia de programas para la atención de las enfermedades no transmisibles.	Debilidad en atención primaria y su articulación con niveles superiores.
Venezuela	---	---	----

Anexo 13

Doble problemática de la gestión de recursos humanos en salud

Viejos desequilibrios	Nuevos problemas derivados de las reformas
Falta de equilibrio en la disponibilidad de personal	Exigencias de productividad y de calidad de desempeño
Inadecuada distribución geográfica de recursos (inequidad)	Descentralización y disgregación de funciones
Desequilibrio en la composición del equipo de salud	Flexibilización/precarización del trabajo
Debilidad en los sistemas de información	Demandas de un nuevo tipo de regulación
Baja integración entre formación y servicios	Generación de incentivos a la productividad
Salarios bajos y poco incentivadores	Cambios en la oferta educativa; desafíos de capacitación para la reforma

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Anexo 14

Factores básicos intervinientes en la determinación de recursos humanos en salud

Recursos humanos de la salud	Población	Servicios de salud
Disponibilidad y estructura	Perfil epidemiológico	Composición; cargos ocupados y disponibles
Composición por especialidad	Composición demográfica	Tipo y nivel de complejidad
Distribución geográfica	Características socioeconómicas	Distribución – redes de servicios
Formación	Causas de morbimortalidad, grupos y factores de riesgo	Población bajo cobertura
Características sociodemográficas	Acceso y cobertura de servicios de salud	Área programática
Ubicación y relación laboral		Sistema georreferencial y sistema de referencia y contrarreferencia
Remuneraciones		Información estadística: producción, horas disponibles, tasas de uso, demanda insatisfecha, etc.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Anexo 15

Personal sanitario mundial por densidad

Región de la OMS	Total personal sanitario		Dispensadores de servicios de salud		Personal administrativo y auxiliar	
	Número	Densidad (por 1000 habitantes)	Número	Porcentaje de fuerza laboral sanitaria total	Número	Porcentaje de fuerza laboral sanitaria total
África	1 640 000	2.3	1 360 000	83	280 000	17
Las Américas	21 740 000	24.8	12 460 000	57	9 280 000	43
Asia Sudoriental	7 040 000	4.3	4 730 000	67	2 300 000	33
Europa	16 630 000	18.9	11 540 000	69	5 090 000	31
Mediterráneo Oriental	2 100 000	4	1 580 000	75	520 000	25
Pacífico Occidental	10 070 000	5.8	7 810 000	78	2 260 000	23
Todo el mundo	59 220 000	9.3	39 470 000	67	19 750 000	33

Nota: Todos los datos corresponden al último año disponible. En el caso de los países para los que no se disponía de datos sobre el número de trabajadores sanitarios con funciones administrativas y auxiliares, las estimaciones se han basado en las medidas regionales correspondientes a los países con datos completos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global Atlas of the Health Workforce (http://www.who.int/globalatlas/default.asp).

Anexo 16

Indicadores de Recurso Humano por cada 10,000 habitantes

PERSONAL DE SALUD	INDICADORES DE RECURSO HUMANO Indicadores/10,000 habitantes
MEDICO	11.6
ODONTOLOGO	7.2
ENFERMERA	7.8
BACTERIOLOGIA	3.8
NUTRICIONISTA	6.6
ENFERMERA AUXILIAR	23.6

Fuente: Proyecto de oferta y demanda de recursos humanos en salud. OPS Programa de Apoyo a la Reforma

Anexo 17

Contraste en Médicos generales de la oferta y demanda revelada y estimada para Latinoamérica año 2002.

OFERTA	28419
DEMANDA REVELADA	26431
DEMANDA COBERTURA 100%	48992
DEMANDA COBERTURA 80%	41329
DEMANDA COBERTURA 58%	31749

Fuente: Proyecto de oferta y Demanda de RRHH en salud. OPS. Programa de Apoyo a la Reforma