UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Médicas

Caracterización del Recurso Humano Médico en Guatemala

Estudio realizado en los departamentos de Chiquimula, Izabal, Petén y Zacapa abril 2008

Teresa Beatriz Montúfar Landaverry
Ana Lisette Muralles López
Jessica del Rosario Rivera López
Luis Alejandro de León Castro
Karla Angélica Arriaga Pérez
Manuel Alejandro García Girón
Luis Antonio Rodríguez Cifuentes
Ana Vilma Castellanos Méndez
José Roberto Barahona
Ana Regina López Guerra
Julia Anaseidy Albanez Noguera

Guatemala, junio de 2008

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Caracterización de Recurso Humano Médico en Guatemala

Estudio realizado en los departamentos de Chiquimula, Izabal, Petén y Zacapa abril 2008

Tesis
Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala por:

Teresa Beatriz Montúfar Landaverry
Ana Lisette Muralles López
Jessica del Rosario Rivera López
Luis Alejandro de León Castro
Karla Angélica Arriaga Pérez
Manuel Alejandro García Girón
Luis Antonio Rodríguez Cifuentes
Ana Vilma Castellanos Méndez
José Roberto Barahona
Ana Regina López Guerra
Julia Anaseidy Albanez Noguera

Médico y Cirujano

Guatemala, junio 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.	Teresa Beatriz Montúfar Landaverry	199912912
2.	Ana Lisette Muralles López	200110161
3.	Jessica del Rosario Rivera López	200110176
4.	Luis Alejandro de León Castro	200110192
5.	Karla Angélica Arriaga Pérez	200110457
6.	Manuel Alejandro García Girón	200116547
7.	Luis Antonio Rodríguez Cifuentes	200116559
8.	Ana Vilma Castellanos Méndez	200120676
9.	José Roberto Barahona	200210049
10.	Ana Regina López Guerra	200210087
11.	Julia Anaseidy Albanez Noguera	200210177

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
Chiquimula, Izabal, Peten, y Zacapa
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 veintiséis días de junio dos mil ocho.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO

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.	Teresa Beatriz Montúfar Landaverry	199912912
2.	Ana Lisette Muralles López	200110161
3.	Jessica del Rosario Rivera López	200110176
4.	Luis Alejandro de León Castro	200110192
5.	Karla Angélica Arriaga Pérez	200110457
6.	Manuel Alejandro García Girón	200116547
7.	Luis Antonio Rodríguez Cifuentes	200116559
8.	Ana Vilma Castellanos Méndez	200120676
9.	José Roberto Barahona	200210049
10.	Ana Regina López Guerra	200210087
11.	Julia Anaseidy Albanez Noguera	200210177

Han presentado el trabajo de graduación titulado:

"CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO MÉDICO EN GUATEMALA"

Estudio realizado en los departamentos de
Chiquimula, Izabal, Petén y Zacapa
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 veintiséis 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 -CICS-
DIRECCIÓN

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. Teresa Beatriz Montúfar Landaverry
2. Ana Lisette Muralles López
3. Jessica del Rosario Rivera López
4. Luis Alejandro de León Castro
5. Karla Angélica Arriaga Pérez
6. Manuel Alejandro García Girón
7. Luis Antonio Rodríguez Cifuentes
8. Ana Vilma Castellanos Méndez
9. José Roberto Barahona
10. Ana Regina López Guerra
11. Julia Anaseidy Albanez Noguera

Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

"CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO MÉDICO EN GUATEMALA"

Estudio realizado en los departamentos de
Chiquimula, Izabal, Petén y Zacapa
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.H. MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 4,040

Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Asesor

Dr. César Oswaldo García García
Coasesor

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

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el recurso humano médico en los departamentos de Chiquimula, Izabal, Petén y Zacapa en las dimensiones demográficas, laborales y académicas. **Diseño Metodológico:** Descriptivo transversal. Participaron todos los médicos activos e inactivos registrados en el Colegio de Médicos y Cirujanos que residían o laboraban en los departamentos de Chiquimula, Izabal, Petén y Zacapa. Se realizó una entrevista dirigida, previo consentimiento informado. La información recolectada se ingresó en un dominio en Internet, para formar una base de datos de todo el país. **Resultados:** En Chiquimula se entrevistó 120 médicos, la proporción es 4 médicos por 10,000 habitantes y 0.05 médicos por Km^2. La razón es 3:1 hombres/mujeres. El 98% labora en área urbana. El 49% posee estudios de postgrado. El 91% se dedica a la práctica clínica. En Izabal se entrevistó 101 médicos. La proporción es 3 médicos por 10,000 habitantes y 0.01 médicos por Km^2. La razón es 3:1 hombres/mujeres. El 93% labora en área urbana. El 61% posee estudios de postgrado. El 97% se dedica a la práctica clínica. En Petén se entrevistó 112 médicos, la proporción es 2 médicos por 10,000 habitantes y 0.003 médicos por Km^2. La razón es 3:1 hombres/mujeres. El 99% labora en área rural. El 48% posee estudios de postgrado. El 94% se dedica a la práctica clínica. En Zacapa se entrevistó 118 médicos, la proporción es 6 médicos por 10,000 habitantes y 0.04 médicos por Km^2. La razón es 2:1 hombres/mujeres. El 100% labora en área urbana. El 35% posee estudios de postgrado. El 97% se dedica a la práctica clínica. **Conclusiones:** En todos los departamentos el número de médicos es insuficiente, de acuerdo a la recomendación de la OPS/OMS.

ÍNDICE

1. Introducción 1

2. Objetivos 7
   2.1 General 7
   2.2 Específico 7

3. Marco Teórico 9

   3.1 Recursos Humanos 9
   3.2 Políticas Sobre Recurso Humano en Salud 21
   3.3 Situación Actual de Recursos Humanos en Salud 94
   3.4 Problemas que Enfrentan los Recursos Humanos en Salud 151
   3.5 Desafíos a los que se Enfrentan los Recursos Humanos en Salud 167
   3.6 Necesidades de la Población en Recurso Humano en Salud 186
   3.7 Indicadores de Recurso Humano en Salud 200

4. Diseño Metodológico 207
   4.1 Tipo y Diseño de la Investigación 207
   4.2 Unidad de Análisis 207
   4.3 Población y Muestra 207
   4.4 Criterios de Inclusión y Exclusión 207
   4.5 Definición y Operacionalización de Variables 209
   4.6 Técnicas, Procedimientos e Instrumentos Utilizados en la Recolección de Datos 212
   4.7 Aspectos Éticos 213
   4.8 Procedimiento y Análisis de Datos 214

5. Resultados 221
   5.1 Chiquimula 221
   5.2 Izabal 273
   5.3 Petén 317
   5.4 Zacapa 375

6. Discusión 431
   6.1 Chiquimula 431
   6.2 Izabal 475
   6.3 Petén 501
   6.4 Zacapa 545

7. Conclusiones 583
8. Recomendaciones 587
9. Bibliografía 589
10. Anexos 623

1. INTRODUCCIÓN

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 corresponde 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,

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)

El propósito del presente estudio fue determinar las características demográficas, laborales y académicas del recurso humano médico en los departamentos de Chiquimula, Izabal, Petén y Zacapa.

En los resultados obtenidos en el departamento de Chiquimula se observa que la proporción de médicos es de 4 médicos por 10,000 habitantes y de 0.05 médicos por km^2. El 75% de médicos es de sexo masculino. La razón de masculinidad es de 3:1.

El rango de edad predominante es de 31 a 50 años y el estado civil que predomina es casado. El 98% de médicos entrevistados reside en área urbana.

El 99% ejerce únicamente como médico y cirujano; 54% labora en más de un lugar, únicamente 2% de médicos entrevistados labora en área rural. En relación a las instituciones que refirieron como lugar de prioridad laboral: 38% indicó institución estatal, 13% privada, 45% no institucional, 8% autónoma y 2% ONG. El 95% de médicos ejerce práctica profesional de tipo clínica.

En el departamento de Chiquimula, 42% posee una especialización, 4% sub-especialización, 13% maestría, no se encontró médicos con estudios de doctorado, ni postdoctorado. El 96% es egresado de la Universidad San Carlos de Guatemala, 3% de universidades extranjeras y 1% de la Universidad Francisco Marroquín. Se encontró que 3% de médicos entrevistados está realizando residencia.

Las tres especialidades con mayor número de médicos son: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía. La subespecialidades encontradas con mayor frecuencia son Gastroenterología, Urología, Cardiología, Cirugía de Colon y Recto, Medicina Física y Rehabilitación y Neonatología. Las maestrías más frecuentes son: Epidemiología y Salud Pública, Administración Pública y Oftalmología. Se encontró 1 médico con estudios de doctorado siendo este en Investigación Social.

En el departamento de Izabal se encuentra que la proporción de médicos es de 3 médicos por 10,000 habitantes y de 0.01 médicos por Km^2. Del total de médicos 15 no se encontraron y uno de ellos ya falleció. El 79% de médicos es de sexo masculino y la razón de masculinidad es de 3:1. El rango de edad predominante es de <30 a 50 años y el estado civil que predomina es casado. El 94% de médicos entrevistados reside en el área urbana.

El 99% de médicos que labora en el departamento ejerce únicamente como médico y cirujano; 57% labora en más de un lugar y 7% labora en área rural. En relación a las instituciones que refirieron como lugar de prioridad laboral: 29% indicó institución estatal, 47% privada, 2% no institucional, 22% autónoma y ningún medico reportó trabajar en ONG. El 97% de médicos ejerce práctica profesional de tipo clínica.

En el departamento de Izabal, 45% posee una especialización, 5% sub-especialización, 9% maestría, no se encontró médicos con estudios de postdoctorado. El 96% de

médicos es egresado de la Universidad San Carlos de Guatemala y 4% de universidades extranjeras. Se encontró que 11% de médicos entrevistados se encuentra realizando residencia.

Las tres especialidades con mayor número de médicos son: Ginecología y Obstetricia, Cirugía y Pediatría. La subespecialidades encontradas con mayor frecuencia son Cirugía Gastrointestinal, Gastroenterología, Geriatría y Nefrología. Las maestrías que se encontraron con mayor frecuencia son: Administración Hospitalaria, Epidemiologia y Salud Pública, Gerencia en Servicios de Salud, Gestión en Salud. No se encontró médicos con estudios de doctorad, ni postdoctorado.

En el departamento de Petén se encontró que la proporción de médicos es de 3 por 10,000 habitantes y de 0.003 médicos por km^2. El 75% de médicos es de sexo masculino. La proporción de masculinidad es de 3:1. El rango de edad más predominante es de 31 a 50 años y el estado civil predominante es casado. El 99% de médicos entrevistados reside en el área urbana.

El 98% de médicos que labora en el departamento ejerce únicamente como médico y cirujano; 59% labora en más de un lugar y 1% labora en área rural. En relación a las instituciones que refirieron como lugar de prioridad laboral: 55% indicó institución estatal, 26% privada, 16% no institucional, 1% autónoma y 2% ONG. El 94% de médicos ejerce práctica profesional de tipo clínica.

En el departamento de Petén 34% posee especialización, 6% subespecialización, 11% maestría, no se encontró médicos con estudios de doctorado, ni postdoctorado. El 94% es egresado de la Universidad San Carlos de Guatemala y 6% de universidades extranjeras. 8% se encuentra realizando residencia.

Las tres especialidades con mayor número de médicos son: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía y Traumatología y Ortopedia. Las subespecialidades encontradas son Cirugía de Columna, Gastroenterología, Genética e Infertología. Las maestrías con mayor frecuencia son: Epidemiologia y Salud Pública, Gestión en Servicios de Salud, Medicina Forense y Medicina Legal. No se encontró ningún médico con estudios de doctorado, ni postdoctorado.

En el departamento de Zacapa se encontró que la proporción es de 6 médicos por 10,000 habitantes y de 0.04 médicos por Km^2. El 64% de médicos es de sexo

masculino. La razón de masculinidad es de 2:1. El rango de edad predominante es de 31 a 50 años y el estado civil que predomina es casado. El 100% de médicos entrevistados reside en área urbana.

El 100% ejerce únicamente como médico y cirujano y labora en área urbana; 57% labora en más de un lugar. En relación a las instituciones que refirieron como lugar de prioridad laboral: 36% indicó institución estatal, 23% privada, 28% no institucional, 14% autónoma y 1% ONG. El 97% ejerce práctica profesional de tipo clínica.

En el departamento de Zacapa, 54% posee especialización, 8% sub-especialización, 19% maestría, 2% doctorado y no se encontró médicos con estudios de postdoctorado. El 95% es egresado de la Universidad San Carlos de Guatemala, 3% de universidades extranjeras y 2% de la Universidad Francisco Marroquín. Se encontró que 7% se encuentra realizando residencia.

Las tres especialidades con mayor número de médicos son: Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía. La subespecialidades encontradas con mayor frecuencia son Gastroenterología, Neurología, Cardiología, Cirugía Oncológica, Colposcopia y Cirugía de Rodilla. Entre las maestrías más frecuentes encontramos: Políticas y Estrategias de Salud, Salud Pública y Administración de Hospitales y Recursos Humanos. Se encontró 1 médico con estudios de doctorado en Nutrición, no se encontró médicos con estudios de postdoctorado.

2. OBJETIVOS

2.1 General

2.1.1 Caracterizar el Recurso Humano Médico en los departamentos de Chiquimula, Izabal, Petén y Zacapa durante el período 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)

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 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)

3.1.2.1 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:

a. 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:

- Que asegure un nivel mínimo de cooperación con todos los países;
- Que distribuya las asignaciones entre los países según criterios adecuados basados en las necesidades;
- Que sea suficientemente flexible para dar cabida a las necesidades en evolución y las circunstancias especiales;
- Que sea transparente, sencillo y uniforme;
- 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.

b. 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.

c. 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:

a. Aquéllos con una tasa superior a 50 profesionales por 10,000 habitantes;
b. aquéllos con una tasa de 25 a 50;
c. 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

a. 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)

b. 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)

c. 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)

d. 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)

a. No existe una priorización del tema de recursos humanos por parte de la autoridad sanitaria.
b. 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.
c. 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:

a. La tendencia a mantener formas de trabajo flexibles y precarias.
b. 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:

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. (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:

a. Entrenamiento gerencial.
b. 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)
c. 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:

a. Privado lucrativo
    - Compañías de seguros
    - Servicios médicos prepagados
    - Centros médicos u hospitales
    - Laboratorios y farmacias
b. Privado no lucrativo: Organizaciones no gubernamentales (ONG)
c. 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:

a. Los servicios del ministerio de salud.
b. Los servicios del Seguro Social.
c. El sector privado con fines lucrativos.
d. 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
   - Dife
   - rencias 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 colegiados de los departamentos de Chiquimula, Izabal, Petén y Zacapa.

4.3 Población y muestra

Todos los médicos registrados en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala hasta febrero 2008, de los departamentos de Chiquimula, Izabal, Petén y Zacapa.

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 en la República de Guatemala, 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 Definición y operacionalización de variables

Dimensiones	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Demográficas	Edad	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento hasta un momento determinado	Dato en años cumplidos obtenido verbalmente al momento de la entrevista según su último cumpleaños.	Cuantitativa	Razón	Cuestionario
	Sexo	Características físicas y constitutivas que diferencian al hombre de la mujer.	Auto percepción del entrevistador de las características físicas que identifican al médico como masculino o femenino.	Cualitativa	Nominal	
	Estado civil	Condición de cada persona en relación al estado conyugal de pareja (derechos y obligaciones civiles).	Condición de soltero, casado, divorciado, viudo, unido o separado que responda el médico al momento de la entrevista a la pregunta de cuál es su estado civil actual.	Cualitativa	Nominal	
	Lugar de residencia	Área geográfica donde se encuentra localizada la residencia.	Espacio geográfico urbano o rural donde se encuentra localizada la residencia. Se tomará como urbano a las ciudades, cabeceras departamentales o municipales (cascos urbanos). Se tomará como rural a todo lo que se encuentre fuera de los cascos urbanos.	Cualitativa	Nominal	
	Lugar de trabajo	Área geográfica donde se encuentra localizado el lugar donde ejerce la práctica médica.	Espacio físico urbano o rural donde se encuentra localizado el lugar donde el médico realiza sus actividades laborales. Se tomará como urbano a las ciudades, cabeceras departamentales o municipales (cascos urbanos). Se tomará como rural a todo lo que se encuentre fuera de los cascos urbanos.	Cualitativa	Nominal	

Laborales	Institución en donde trabaja	Lugar en donde labora el médico y que se clasifica de acuerdo a su organización y fines que persigue.	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.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
	Práctica profesional a la que se dedica.	Tipo de práctica que desempeña un individuo con respecto a su profesión.	Se tomará como práctica clínica a la dedicada al ejercicio de medicina específicamente con la atención directa de pacientes (diagnóstico y tratamiento). Docencia: todo lo relativo a la enseñanza en cualquier área de conocimiento de las ciencias médicas. Investigación: práctica dedicada a la obtención de nuevos conocimientos o aplicación de los ya existentes para solución de problemas en el área	Cualitativa	Nominal	

			médica. Administración: acción de administrar una institución relacionada en el campo de la medicina.			
Características Académicas	Universidad que extendió el título de médico y cirujano	Institución educativa de nivel superior que otorga grados académicos.	Universidad nacional (Universidad de San Carlos de Guatemala, Universidad Francisco Marroquín, Universidad Mariano Gálvez) o extranjera que otorgó el grado de licenciatura de médico y cirujano.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
	Grado académico	Grado otorgado por escuelas o entidades educativas de nivel superior a aquellas personas que han completado satisfactoriamente un programa de estudios.	Grado académico obtenido por estudios formales en instituciones de Educación Superior a nivel nacional como extranjera • Licenciatura (medico y cirujano) • Otra licenciatura • Realizando residencia • Especialización • Sub especialización • Maestría • Doctorado • Post Doctorado	Cualitativa	Nominal	

4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.6.1 Técnica

La técnica utilizada fue la entrevista dirigida, la cual se realizó por medio de un cuestionario semi estructurado.

4.6.2 Procedimientos:

Para la realización del presente estudio se realizaron los siguientes procedimientos:

4.6.2.1 Se ubicó a los médicos según Institución de acuerdo a los listados proporcionados por el Colegio de Médicos y cirujanos y por cada Institución.

4.6.2.2 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.

4.6.3 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.

4.6.3.1 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.

4.7 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.

4.8 Procesamiento y análisis de datos

4.8.1 Se recolectaron todos los instrumentos aplicados para su ordenamiento, clasificación y revisión, para garantizar el llenado correcto de los mismos.

4.8.2 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:

4.8.2.1 Los datos fueron ingresados por cada investigador según área geográfica (departamento y municipio) correspondiente.

4.8.2.2 Cada investigador ingresó a la base de datos por medio de un número de usuario y una clave de acceso personal.

4.8.2.3 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.

4.8.2.4 Al finalizar de ingresar los datos por municipio y por departamento, el programa generó informes de los datos por medio de filtros previamente establecidos.

4.8.2.5 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.

4.8.3 Se realizó un análisis descriptivo, de tipo univariado de acuerdo a las variables estudiadas haciendo las salidas correspondientes de acuerdo a la siguiente lista:

4.8.3.1 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

4.8.3.2 Características Demográficas:

4.8.3.2.1 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

4.8.3.3. Características laborales (Totales y según sexo)

e. No. de médicos que laboran como médicos
f. No. de médicos que no laboran como médicos
g. Otra profesión u oficio de los médicos que no laboraban como médicos.
h. Proporción de lugares en que laboran los médicos
i. % de 1 lugar
ii. % de 2 lugares
iii. % de 3 lugares
iv. % de 4 lugares
v. % de 5 lugares
vi. % de 6 lugares

i. Promedio de número de lugares en que laboran los médicos
j. 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)

4.8.3.4 Características académicas

k. Totales y proporciones de: (totales y según sexo)

i. Solo licenciatura

ii. Universidad que extendió el título

iii. Licenciatura de médico y cirujano más otra licenciatura.

iv. Realizando residencia

1. Enumerar residencias

v. 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)

vi. 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)

vii. 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)

viii. 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)

ix. 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)

4.8.4 Los resultados se presentan utilizando solamente cuadros.

5. Resultados

5.1 Chiquimula

5.1.1 Datos Demográficos

El departamento de Chiquimula posee una extensión territorial de 2,376 Km^2 y una población total de 347,960[1] habitantes, tiene como cabecera departamental la ciudad de Chiquimula. (245)

Se divide en los municipios de Chiquimula, Camotán (a 35 Km de la cabecera departamental), Concepción Las Minas (a 48 Km), Esquipulas (a 55 Km), Ipala (a 28 Km), Jocotán (a 31 Km), Olopa (a 42 Km), Quetzaltepeque (a 25 Km), San Jacinto (a 17 Km), San José La Arada (a 11 Km) y San Juan Ermita (a 22 Km). (245)

Situado al oriente de la república de Guatemala, colinda al norte con Zacapa, al este con la república de Honduras, al sur con la república de El Salvador y el departamento de Jutiapa, y al oeste con Jalapa y Zacapa. (245)

Se encuentra a 175km de la ciudad capital, transitable en carretera asfaltada. (245) Su topografía es predominantemente montañosa, observándose un macizo montañoso bastante irregular con alturas que varían entre los 1,350 y los 435 mts sobre el nivel del mar. La cordillera central que penetra por la parte sur del departamento proveniente de Jalapa forma estribaciones de la sierra del Merendón en el confín de las repúblicas de Honduras y El Salvador. El sistema montañoso que penetra desde Zacapa desciende a los municipios de Jocotán, Camotán y Chiquimula por donde corre el río Copán, procedente de Honduras que dentro del territorio guatemalteco se conoce como río Jocotán, que a su vez desemboca en el río Grande, el cual desemboca en el río Motagua. (245)
Su clima es predominantemente cálido en los valles, mientras que en las partes elevadas se da un clima templado. A lo largo del año

[1] Proyección para año 2008, INE

las temperaturas varían, entre los 14 y 27°C en los municipios templados; y entre los 16 y 38°C en los municipios cálidos. (248)

Las principales rutas de acceso al departamento de Chiquimula son: la ruta nacional 18 procedente de la ciudad capital que conduce a Esquipulas; la ruta nacional 20 proveniente del departamento de Zacapa, que pasa por Concepción Las Minas y llega a la frontera con El Salvador; y la CA-10 que atraviesa Esquipulas y conduce a la frontera con Honduras. (245)

En lo que se refiere a la hidrografía del departamento, posee 2 principales cuencas hidrográficas, cuyas corrientes son tributarias, hacia el norte descargan sus aguas en el mar Caribe y hacia el sur después de atravesar la república de El Salvador, desembocan el Pacífico. Se habla el idioma español así como la lengua chórti´. (245,248)

5.1.2 Datos Históricos

Durante la colonia, el territorio que ocupaba Chiquimula era bastante extenso, limitaba al oeste con La Verapaz; al este con Comayagua (Honduras); al sur con Escuintla, Sacatepéquez y Sonsonate (El Salvador) y al norte con el Mar del Norte. De acuerdo con estos límites dicha provincia comprendía toda la zona oriental de la república. La historia de Chiquimula se encuentra muy relacionada con la de Copán en Honduras, la cual llegó a ser capital del reino Payaquí, Chiquimulhá, o Hueytlato. Este reino era muy extenso ya que comprendía el oriente de Guatemala y el occidente de Honduras y El Salvador. A la llegada de los españoles el reino se encontraba en total decadencia (debido a hambruna y pestes) y dividido en pequeños cacicazgos y señoríos, siendo los principales Chiquimulhá, Xocotán, Copantl y Mitlán. (245)

Durante el período hispánico y en la constitución política del Estado de Guatemala decretada el 11 de octubre de 1,825, a este departamento se le denominó como Corregimiento de Chiquimula.

Más tarde, por decreto de la asamblea constituyente del 4 de noviembre de 1,825 fue erigido como departamento, figurando así en el decreto de la Constituyente del 12 de septiembre de 1,839. El 8 de mayo de 1,866, se fundó el departamento de Izabal, a partir del territorio norte del departamento de Chiquimula. Por decreto del ejecutivo No. 30 del 10 de noviembre de 1,871, debido a su extenso extensión territorial, se dividió en 2; departamento de Chiquimula y departamento de Zacapa. (245,248)

5.1.3 Datos en Salud

Demografía	**Total**
Población total 2008[1]	347,960
Población migrante	10,870
Total de Nacimientos 2,005	10,545
Total de Nacimientos 2,006	10,255
Tasa de Natalidad	30.66
Crecimiento Vegetativo	2.55
Tasa de Fecundidad	103.22
No. de Mortinatos	94
Tasa de Mortalidad General	5.19

Fuente: Memoria de Labores, Chiquimula, Chiquimula 2006.

Para el año 2006 el Departamento de Chiquimula reportó una población total de 334,469 habitantes. El número de nacimientos totales para ese año fue de 10,255, con una tasa de natalidad general de 30.66. La tasa de crecimiento vegetativo fue de 2.55. (247)

[1] Proyección para año 2008, INE

No	Diez Primeras Causas de Morbilidad General de las Enfermedades Transmisibles	Frecuencia Masculinos	%	Frecuencia Femeninos	%	Total
1	Resfrío Común	18,849	27.6	24,379	26.0	43,22
2	Parasitismo Intestinal	6,975	10.2	9,337	9.97	16,31
3	Diarreas	6,906	10.1	7,308	7.80	14,21
4	Amigdalitis	4,835	7.09	7,657	8.17	12,49
5	Enfermedades de la Piel	5,399	7.91	6,892	7.36	12,29
6	Infección de las Vías Urinarias	2,340	3.43	6,960	7.43	9,300
7	Neumonías y Bronconeumonías	4,307	6.31	4,357	4.65	8,664
8	Amebiasis	3,060	4.48	4,710	5.03	7,770
9	Otitis Media	1,946	2.85	2,717	2.90	4,663
10	Conjuntivitis	1,954	2.86	2,692	2.87	4,646
	RESTO DE CAUSAS	11,670	17.1	16,684	17.8	28,35
	TOTAL DE CAUSAS	68,241	100	93,693	100	161,9

Fuente: Memoria de Labores, Chiquimula, Chiquimula 2006.

Entre las principales causas de morbilidad por enfermedades transmisibles, la primera causa de consulta fueron las infecciones respiratorias agudas, las cuales afectaron en mayor proporción al sexo masculino con un 1 % sobre los casos en sexo masculino. Como segunda causa se reportaron casos de parasitismo intestinal afectando en mayor proporción al sexo masculino, sobre el femenino y en tercer lugar se reportaron casos de diarrea, afectando 2.5% más al sexo masculino, que al femenino. (247)

No	Diez Primeras Causas de Morbilidad General de las Enf. No Transmisibles	Frecuencia Masculinos	%	Frecuencia Femeninos	%	Total
1	Gastritis, Enfermedad Péptica	2,706	11.90	9,484	18.16	12,190
2	Anemia	3,254	14.31	8,487	16.25	11,741
3	Cefalea	2,882	12.67	7,538	14.44	10,420
4	Artritis	1,324	5.82	2,521	4.83	3,845
5	Mialgia	1,096	4.82	2,744	5.25	3,840
6	Lumbago	968	4.26	2,494	4.78	3,462
7	Alergia	1,208	5.31	1,923	3.68	3,131
8	Avitaminosis	886	3.90	1,455	2.79	2,341
9	Neuralgia y Neuritis	357	1.57	1,357	2.60	1,714
10	Hipertensión Arterial	305	1.34	823	1.58	1,128
	RESTO DE CAUSAS	7,753	34.10	13,392	25.65	21,145
	TOTAL DE CAUSAS	22,739	100	52,218	100	74,957

Fuente: Memoria de Labores, Chiquimula, Chiquimula 2006.

Respecto a la morbilidad de enfermedades no transmisibles, se reportó como primera causa la gastritis, enfermedad péptica, siendo un 6.5% más frecuente en mujeres, que en hombres, en segundo lugar se reportaron casos de anemia, 2% más en mujeres que en hombres y en tercer lugar se presentaron casos de cefalea, al igual que la anterior, 2% más frecuente en el sexo femenino sobre el masculino. (247)

No	Diez Primeras Causas de Morbilidad General de las Enf. No Transmisibles	Frecuencia Masculinos	%	Frecuencia Femeninos	%	Total
1	Gastritis, Enfermedad Péptica	2,706	11.90	9,484	18.16	12,190
2	Anemia	3,254	14.31	8,487	16.25	11,741
3	Cefalea	2,882	12.67	7,538	14.44	10,420
4	Artritis	1,324	5.82	2,521	4.83	3,845
5	Mialgia	1,096	4.82	2,744	5.25	3,840
6	Lumbago	968	4.26	2,494	4.78	3,462
7	Alergia	1,208	5.31	1,923	3.68	3,131
8	Avitaminosis	886	3.90	1,455	2.79	2,341
9	Neuralgia y Neuritis	357	1.57	1,357	2.60	1,714
10	Hipertensión Arterial	305	1.34	823	1.58	1,128
	RESTO DE CAUSAS	7,753	34.10	13,392	25.65	21,145
	TOTAL DE CAUSAS	22,739	100	52,218	100	74,957

Fuente: Memoria de Labores, Chiquimula, Chiquimula 2006.

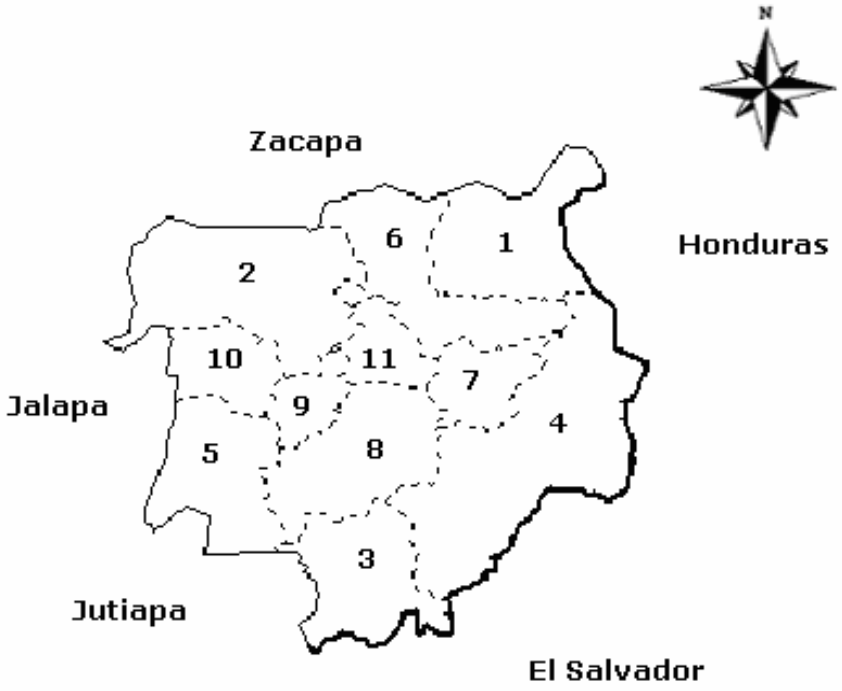
Las tres primeras causas de morbilidad infantil reportadas para ese año fueron las infecciones respiratorias agudas en primer lugar, seguidas de enfermedad diarreica y en tercer lugar se encuentran los casos de neumonías. (247)

No	Diez Primeras Causas de Mortalidad General	No. Muertes Masculinas	%	No. Muertes Femeninas	%	Total
1	Neumonías y Bronconeumonías	119	11.91	132	17.91	251
2	Infarto Agudo del Miocardio	87	8.71	79	10.72	166
3	Insuficiencia Cardiaca Congestiva	71	7.11	65	8.82	136
4	Agresión con Armas de Fuego	111	11.11	10	1.36	121
5	Accidente Cerebro Vascular	49	4.90	41	5.56	90
6	Traumatismos múltiples, Politraumatismos	62	6.21	16	2.17	78
7	Tumor maligno del estómago	38	3.80	37	5.02	75
8	Septicemia no especificada, Choque Séptico	22	2.20	32	4.34	54
9	Diarreas	26	2.60	24	3.26	50
10	Heridas por Arma Blanca	34	3.40	6	0.81	40
RESTO DE CAUSAS		380	38.04	295	40.03	675
TOTAL DE CAUSAS		999	100	737	100	1736

El total de defunciones reportadas para ese año fue de 1,736, con una tasa de mortalidad general de 5.19. Las tres primeras causas de mortalidad general reportadas fueron neumonías, infarto agudo al miocardio e insuficiencia cardiaca congestiva. (247)

5.1.4

5.1.5 Croquis del departamento de Chiquimula



1. Camotán
2. Chiquimula
3. Concepción Las Minas
4. Esquipulas
5. Ipala
6. Jocotán
7. Olopa
8. Quetzaltepeque
9. San Jacinto
10. San José La Arada
11. San Juan Ermita

Cuadro 1

Distribución de los médicos del departamento de Chiquimula

según edad y sexo, abril 2008

junio, 2008

Grupos de Edad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
< 30	4	3	5	4	9	8
31-40	25	21	14	12	39	33
41-50	31	26	8	7	39	33
51-60	23	19	3	3	26	22
61-70	4	3	0	0	4	3
71-80	3	3	0	0	3	3
> 81	0	0	0	0	0	0
Total	90	75	30	25	120	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 2

Distribución de los médicos del departamento de Chiquimula

según estado conyugal y sexo, abril 2008

junio, 2008

Estado Conyugal	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Solteros	4	3	7	6	11	9
Unidos	3	3	1	1	4	3
Casados	79	66	21	18	100	83
Divorciados	2	2	0	0	2	2
Separados	1	1	1	1	2	2
Viudos	1	1	0	0	1	1
Total	90	76	30	26	120	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 3

Distribución de los médicos del departamento de Chiquimula según localización de residencia y sexo, abril 2008

junio, 2008

Localización de Residencia	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Urbano	88	73	30	25	118	98
Rural	2	2	0	0	2	2
Total	90	75	30	25	120	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 4

Distribución de los médicos del departamento de Chiquimula que laboran o no laboran como médicos según sexo, abril 2008

junio, 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Laboran como médicos	89	74	30	25	119	99
No Laboran como médicos	1	1	0	0	1	1
Total	90	75	30	25	120	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 5

Distribución de los médicos del departamento de Chiquimula que poseen otra profesión u oficio según sexo, abril 2008

junio, 2008

Otra Profesión u Oficio	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Comerciante	1	100	0	0	1	100
Total	1	100	0	0	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 6

Distribución de los médicos del departamento de Chiquimula según número de lugares donde laboran y sexo, abril 2008

junio, 2008

Número de Lugares en que Labora	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
1 lugar	38	32	17	14	55	46
2 lugares	37	31	11	9	48	40
3 lugares	13	11	1	1	14	12
4 lugares	1	1	0	0	1	1
5 lugares	0	0	1	1	1	1
Total	89	75	30	25	119	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 7

Distribución de los médicos del departamento de Chiquimula según lugar, institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Masculino																					
Lugar				Institución										Práctica Profesional							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
87	98	2	2	30	34	5	6	10	11	1	1	43	48	84	94	1	1	6	0	4	4

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 8

Distribución de las médicas del departamento de Chiquimula según lugar, institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Femenino																					
Lugar				Institución										Práctica Profesional							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
30	100	0	0	8	27	4	13	6	20	1	3	11	37	29	97	0	0	0	0	1	3

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 9

Distribución del total de médicos del departamento de Chiquimula según lugar, institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Total																					
Lugar				Institución										Práctica Profesional							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
117	98	2	2	38	32	9	8	16	13	2	2	54	45	113	95	1	1	0	0	5	4

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 10

Distribución de los médicos del departamento de Chiquimula según lugar e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	30	34	0	0	30	34
Autónoma	5	6	0	0	5	6
Privado	10	11	0	0	10	11
ONG	1	1	0	0	1	1
No Institucional	41	46	2	2	43	48
Total	87	98	2	2	89	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 11

Distribución de las médicas del departamento de Chiquimula según lugar e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	8	27	0	0	8	27
Autónoma	4	13	0	0	4	13
Privado	6	20	0	0	6	20
ONG	1	3	0	0	1	3
No Institucional	11	37	0	0	11	37
Total	30	100	0	0	30	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 12

Distribución del total de médicos del departamento de Chiquimula según lugar e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	38	32	0	0	38	32
Autónoma	9	8	0	0	9	8
Privado	16	13	0	0	16	13
ONG	2	13	0	0	2	13
No Institucional	52	2	2	2	54	4
Total	117	44	2	2	119	70

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 13

Distribución de los médicos del departamento de Chiquimula según lugar donde laboran y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Clínico	82	92	2	2	84	94
Docencia	1	1	0	0	1	1
Investigación	0	0	0	0	0	0
Administración	4	4	0	0	4	4
Total	87	97	2	2	89	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 14

Distribución de las médicas del departamento de Chiquimula según lugar donde laboran y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Clínico	29	97	0	0	29	97
Docencia	0	0	0	0	0	0
Investigación	0	0	0	0	0	0
Administración	1	3	0	0	1	3
Total	30	100	0	0	30	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 15

Distribución del total de médicos del departamento de Chiquimula según lugar donde laboran y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Clínico	111	93	2	2	113	91
Docencia	1	1	0	0	1	1
Investigación	0	0	0	0	0	0
Administración	5	4	0	0	5	4
Total	117	98	2	2	119	96

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 16

Distribución de los médicos del departamento de Chiquimula según tipo de institución en que laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	27	30	0	0	0	0	3	3	30	34
Autónoma	3	3	1	3	0	0	1	1	5	6
Privado	10	11	0	11	0	0	0	0	10	11
ONG	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1
No Institucional	43	48	0	48	0	0	0	0	43	48
Total	84	93	1	63	0	0	4	4	89	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 17

Distribución de las médicas del departamento de Chiquimula según tipo de institución en que laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

	Femenino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	7	23	0	0	0	0	1	3	8	27
Autónoma	4	13	0	0	0	0	0	0	4	13
Privado	6	20	0	0	0	0	0	0	6	20
ONG	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3
No Institucional	11	37	0	0	0	0	0	0	11	37
Total	29	96	0	0	0	0	1	3	30	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 18

Distribución del total de médicos del departamento de Chiquimula según tipo de institución en que laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	18	29	0	0	0	0	4	3	38	32
Autónoma	34	6	1	1	0	0	1	1	9	8
Privado	7	13	0	0	0	0	0	0	16	13
ONG	16	2	0	0	0	0	0	0	2	2
No Institucional	2	45	0	0	0	0	0	0	54	45
Total	54	95	1	1	0	0	5	4	119	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 19

Distribución de los médicos del departamento de Chiquimula según grado académico que poseen y sexo, abril 2008

junio, 2008

Grado Académico	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Sólo Licenciatura	40	29	12	9	52	37
Licenciatura de Médico y Cirujano más otra Licenciatura	0	0	0	0	0	0
Realizando Residencia	2	1	2	1	4	3
Especialidad	42	30	16	11	58	42
Subespecialidad	6	4	0	0	6	4
Maestría	14	10	4	3	18	13
Doctorado	1	1	0	0	1	1
Postdoctorado	0	0	0	0	0	0
Total	105	75	34	24	139	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 20

Distribución de los médicos del departamento de Chiquimula según Universidad que extendió el título de Médico y Cirujano y sexo, abril 2008

junio, 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
USAC	86	72	28	24	114	96
UFM	0	0	1	1	1	1
UMG	0	0	0	0	0	0
Extranjera	3	3	1	1	4	3
Total	89	75	30	26	119	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 21

Distribución de los médicos residentes del departamento de Chiquimula según especialidad y sexo, abril 2008

junio, 2008

Residencia	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Ginecología y Obstetricia	1	25	0	0	1	25
Medicina Interna	0	0	1	25	1	25
Pediatría	1	25	1	25	2	50
Total	2	50	2	50	4	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 22

Distribución de los médicos especialistas del departamento de Chiquimula según especialidad y sexo, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	0	0	1	2	1	2
Cirugía	10	17	0	0	10	17
Ginecología y Obstetricia	9	16	4	7	13	22
Medicina Interna	7	12	5	9	12	21
Medicina Familiar	1	2	0	0	1	2
Oftalmología	0	0	4	7	4	7
Patología	1	2	0	0	1	2
Pediatría	9	16	1	2	10	17
Psiquiatría	1	2	0	0	1	2
Radiología	2	3	1	2	3	5
Traumatología	2	3	0	0	2	3
Total	42	73	16	29	58	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 23

Distribución de los médicos especialistas del departamento de Chiquimula según especialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	0	0	0	0	0	0
Cirugía	10	24	0	0	10	24
Ginecología y Obstetricia	9	21	0	0	9	21
Medicina Interna	7	17	0	0	7	17
Medicina Familiar	1	2	0	0	1	2
Oftalmología	0	0	0	0	0	0
Patología	1	2	0	0	1	2
Pediatría	9	21	0	0	9	21
Psiquiatría	1	2	0	0	1	2
Radiología	2	5	0	0	2	5
Traumatología	2	5	0	0	2	5
Total	42	100	0	0	42	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 24

Distribución de las médicas especialistas del departamento de Chiquimula según especialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	6	0	0	1	6
Cirugía	0	0	0	0	0	0
Ginecología y Obstetricia	4	25	0	0	4	25
Medicina Interna	5	31	0	0	5	31
Medicina Familiar	0	0	0	0	0	0
Oftalmología	4	25	0	0	4	25
Patología	0	0	0	0	0	0
Pediatría	1	6	0	0	1	6
Psiquiatría	0	0	0	0	0	0
Radiología	1	6	0	0	1	6
Traumatología	0	0	0	0	0	0
Total	16	100	0	0	16	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 25

Distribución del total de médicos especialistas del departamento de Chiquimula según especialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	2	0	0	1	2
Cirugía	10	17	0	0	10	17
Ginecología y Obstetricia	13	22	0	0	13	22
Medicina Interna	12	21	0	0	12	21
Medicina Familiar	1	2	0	0	1	2
Oftalmología	4	7	0	0	4	7
Patología	1	2	0	0	1	2
Pediatría	10	17	0	0	10	17
Psiquiatría	1	2	0	0	1	2
Radiología	3	5	0	0	3	5
Traumatología	2	3	0	0	2	3
Total	58	100	0	0	58	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 26

Distribución de los médicos especialistas del departamento de Chiquimula según especialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Masculino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirugía	2	5	1	2	3	7	0	0	4	10	10	24
Ginecología y Obstetricia	2	5	0	0	0	0	0	0	7	17	9	21
Medicina Interna	1	2	1	2	1	2	0	0	4	10	7	17
Medicina Familiar	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2
Oftalmología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2
Pediatría	3	7	0	0	0	0	0	0	6	14	9	21
Psiquiatría	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2
Radiología	0	0	0	0	2	5	0	0	0	0	2	5
Traumatología	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2	2	5
Total	9	21	2	4	6	14	0	0	25	59	42	99

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 27

Distribución de las médicas especialistas del departamento de Chiquimula según especialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Femenino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Cirugía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ginecología y Obstetricia	0	0	1	6	0	0	0	0	3	19	4	25
Medicina Interna	1	6	1	6	0	0	0	0	3	19	5	31
Medicina Familiar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oftalmología	1	6	0	0	2	13	0	0	1	6	4	25
Patología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pediatría	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	6
Psiquiatría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Radiología	0	0	0	0	1	6	0	0	0	0	1	6
Traumatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	3	19	2	13	3	19	0	0	8	50	16	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 28

Distribución del total de médicos especialistas del departamento de Chiquimula según especialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Total											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Cirugía	2	3	1	2	3	5	0	0	4	7	10	17
Ginecología y Obstetricia	2	3	1	2	0	0	0	0	10	17	13	22
Medicina Interna	2	3	2	3	1	2	0	0	7	12	12	21
Medicina Familiar	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2
Oftalmología	1	2	0	0	2	3	0	0	1	2	4	7
Patología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2
Pediatría	3	5	0	0	0	0	0	0	7	12	10	17
Psiquiatría	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2
Radiología	0	0	0	0	3	5	0	0	0	0	3	5
Traumatología	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2	2	3
Total	12	21	4	7	9	16	0	0	33	57	58	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 29

Distribución de los médicos especialistas del departamento de Chiquimula según especialidad y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirugía	10	24	0	0	0	0	0	0	10	24
Ginecología y Obstetricia	9	21	0	0	0	0	0	0	9	21
Medicina Interna	6	14	1	2	0	0	0	0	7	17
Medicina Familiar	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
Oftalmología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patología	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
Pediatría	8	19	0	0	0	0	1	2	9	21
Psiquiatría	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
Radiología	2	5	0	0	0	0	0	0	2	5
Traumatología	2	5	0	0	0	0	0	0	2	5
Total	40	95	1	2	0	0	1	2	42	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 30

Distribución de las médicas especialistas del departamento de Chiquimula según especialidad y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Femenino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Cirugía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ginecología y Obstetricia	4	25	0	0	0	0	0	0	4	25
Medicina Interna	5	31	0	0	0	0	0	0	5	31
Medicina Familiar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oftalmología	4	25	0	0	0	0	0	0	4	25
Patología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pediatría	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Psiquiatría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Radiología	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Traumatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	16	100	0	0	0	0	0	0	16	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 31

Distribución del total de médicos especialistas del departamento de Chiquimula según especialidad y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
Cirugía	10	17	0	0	0	0	0	0	10	17
Ginecología y Obstetricia	13	22	0	0	0	0	0	0	13	22
Medicina Interna	11	19	1	2	0	0	0	0	12	21
Medicina Familiar	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
Oftalmología	4	7	0	0	0	0	0	0	4	7
Patología	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
Pediatría	9	16	0	0	0	0	1	2	10	17
Psiquiatría	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
Radiología	3	5	0	0	0	0	0	0	3	5
Traumatología	2	3	0	0	0	0	0	0	2	3
Total	56	97	1	2	0	0	1	2	58	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 32

Distribución de los médicos subespecialistas del departamento de Chiquimula según subespecialidad y sexo, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Urología	1	17	0	0	1	17
Gastroenterología	1	17	0	0	1	17
Cardiología	1	17	0	0	1	17
Colon y Recto	1	17	0	0	1	17
Medicina Física y Rehabilitación	1	17	0	0	1	17
Neonatología.	1	17	0	0	1	17
Total	6	100	0	0	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 33

Distribución de los médicos subespecialistas del departamento de Chiquimula según subespecialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Urología	1	17	0	0	1	17
Gastroenterología	1	17	0	0	1	17
Cardiología	1	17	0	0	1	17
Colon y Recto	1	17	0	0	1	17
Medicina Física y Rehabilitación	1	17	0	0	1	17
Neonatología.	1	17	0	0	1	17
Total	6	100	0	0	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 34

Distribución de las médicas subespecialistas del departamento de Chiquimula según subespecialidad y lugar donde laboran, abril 2008 junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 35

Distribución del total de médicos subespecialistas del departamento de Chiquimula según subespecialidad y lugar donde laboran, abril 2008 junio, 2008

Subespecialidad	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Urología	1	17	0	0	1	17
Gastroenterología	1	17	0	0	1	17
Cardiología	1	17	0	0	1	17
Colon y Recto	1	17	0	0	1	17
Medicina Física y Rehabilitación	1	17	0	0	1	17
Neonatología.	1	17	0	0	1	17
Total	6	100	0	0	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 36

Distribución de los médicos subespecialistas del departamento de Chiquimula

según subespecialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Masculino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Urología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	1	17
Gastroenterología	0	0	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Cardiología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	1	17
Colon y Recto	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	1	17
Medicina Física y Rehabilitación	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	1	17
Neonatología.	0	0	0	0	1	17	0	0	0	0	1	17
Total	0	0	1	17	1	17	0	0	4	67	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 37

Distribución de las médicas subespecialistas del departamento de Chiquimula

según subespecialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 38

Distribución del total de médicos subespecialistas del departamento de Chiquimula según subespecialdad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Total											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Urología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	1	17
Gastroenterología	0	0	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Cardiología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	1	17
Colon y Recto	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	1	17
Medicina Física y Rehabilitación	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	1	17
Neonatología.	0	0	0	0	1	17	0	0	0	0	1	17
Total	0	0	1	17	1	17	0	0	4	67	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 39

Distribución de los médicos subespecialistas del departamento de Chiquimula según subespecialidad y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Urología	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Gastroenterología	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Cardiología	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Colon y Recto	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Medicina Física y Rehabilitación	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Neonatología.	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Total	6	100	0	0	0	0	0	0	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 40

Distribución de las médicas subespecialistas del departamento de Chiquimula según subespecialidad y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 41

Distribución del total de médicos subespecialistas del departamento de Chiquimula según subespecialidad y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Urología	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Gastroenterología	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Cardiología	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Colon y Recto	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Medicina Física y Rehabilitación	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Neonatología.	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Total	6	100	0	0	0	0	0	0	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 42

Distribución de los médicos que poseen maestría del departamento de Chiquimula, según maestría y sexo, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Diabetes Mellitus	1	6	0	0	1	6
Salud Pública y Administración Hospitalaria	1	6	0	0	1	6
Medicina de La Niñez y Adulto	1	6	0	0	1	6
Administración Pública	2	11	1	6	3	17
Epidemiología y Salud Pública	6	33	0	0	6	33
Administración Hospitalaria	1	6	0	0	1	6
Políticas y Sistemas de Salud	1	6	0	0	1	6
Interculturalidad Género y Salud	0	0	1	6	1	6
Oftalmología	0	0	2	11	2	11
Gestión y Administración en Salud Pública	1	6	0	0	1	6
Total	14	78	4	22	18	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 43

Distribución de los médicos que poseen maestría del departamento de Chiquimula según maestría y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Diabetes Mellitus	1	7	0	0	1	7
Salud Pública y Administración Hospitalaria	1	7	0	0	1	7
Medicina de La Niñez y Adulto	1	7	0	0	1	7
Administración Pública	2	14	0	0	2	14
Epidemiología y Salud Pública	6	43	0	0	6	43
Administración Hospitalaria	1	7	0	0	1	7
Políticas y Sistemas de Salud	1	7	0	0	1	7
Interculturalidad Género y Salud	0	0	0	0	0	0
Oftalmología	0	0	0	0	0	0
Gestión y Administración en Salud Pública	1	7	0	0	1	7
Total	14	100	0	0	14	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 44

Distribución de las médicas que poseen maestría del departamento de Chiquimula según maestría y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Interculturalidad Género y Salud	1	25	0	0	1	25
Oftalmología	2	50	0	0	2	50
Gestión y Administración en Salud Pública	1	25	0	0	1	25
Total	4	100	0	0	4	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 45

Distribución del total de médicos que poseen maestría del departamento de Chiquimula según maestría y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Diabetes Mellitus	1	6	0	0	1	6
Salud Pública y Administración Hospitalaria	1	6	0	0	1	6
Medicina de La Niñez y Adulto	1	6	0	0	1	6
Administración Pública	3	17	0	0	3	17
Epidemiología y Salud Pública	6	33	0	0	6	33
Administración Hospitalaria	1	6	0	0	1	6
Políticas y Sistemas de Salud	1	6	0	0	1	6
Interculturalidad Género y Salud	1	6	0	0	1	6
Oftalmología	2	11	0	0	2	11
Gestión y Administración en Salud Pública	1	6	0	0	1	6
Total	18	100	0	0	18	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 46

Distribución de los médicos que poseen maestría del departamento de Chiquimula según maestría y tipo de institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Masculino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Diabetes Mellitus	0	0	0	0	1	7	0	0	0	0	1	7
Salud Pública y Administración Hospitalaria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	1	7
Medicina de La Niñez y Adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	1	7
Administración Pública	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7	2	14
Epidemiología y Salud Pública	4	29	0	0	1	7	0	0	1	7	6	43
Administración Hospitalaria	0	0	0	0	1	7	0	0	0	0	1	7
Políticas y Sistemas de Salud	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7
Gestión y Administración en Salud Pública	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7
Total	7	50	0	0	3	21	0	0	4	29	14	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 47

Distribución de las médicas que poseen maestría del departamento de Chiquimula según maestría y tipo de institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Femenino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Interculturalidad Género y Salud	0	0	0	0	1	25	0	0	0	0	1	25
Oftalmología	0	0	0	0	1	25	0	0	1	25	2	50
Administración Pública	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25
Total	1	25	0	0	2	50	0	0	1	25	4	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 48

Distribución del total de médicos que poseen maestría del departamento de Chiquimula según maestría y tipo de institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Total											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Diabetes Mellitus	0	0	0	0	1	6	0	0	0	0	1	6
Salud Pública y Administración Hospitalaria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	6
Medicina de La Niñez y Adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	6
Administración Pública	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6	2	11
Epidemiología y Salud Pública	4	22	0	0	1	6	0	0	1	6	6	33
Administración Hospitalaria	0	0	0	0	1	6	0	0	0	0	1	6
Política y Sistemas de Salud	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Gestión y Administración en Salud Pública	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Interculturalidad Género y Salud	0	0	0	0	1	6	0	0	0	0	1	6
Oftalmología	0	0	0	0	1	6	0	0	1	6	2	11
Administración Pública	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Total	8	44	0	0	5	28	0	0	5	28	18	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 49

Distribución de los médicos que poseen maestría del departamento de Chiquimula según maestría y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Diabetes Mellitus	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Salud Pública y Administración Hospitalaria	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Medicina de La Niñez y Adulto	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Administración Pública	2	14	0	0	0	0	0	0	2	14
Epidemiología y Salud Pública	5	36	0	0	0	0	1	7	6	43
Administración Hospitalaria	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Políticas y Sistemas de Salud	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Gestión y Administración en Salud Pública	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Total	13	93	0	0	0	0	1	7	14	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 50

Distribución de las médicas que poseen maestría del departamento de Chiquimula según maestría y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Femenino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Interculturalidad Género y Salud	1	25	0	0	0	0	0	0	1	25
Oftalmología	2	50	0	0	0	0	0	0	2	50
Administración Pública	1	25	0	0	0	0	0	0	1	25
Total	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 51

Distribución del total de médicos que poseen maestría del departamento de Chiquimula según maestría y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Diabetes Mellitus	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Salud Pública y Administración Hospitalaria	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Medicina de La Niñez y Adulto	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Administración Pública	2	11	0	0	0	0	0	0	2	11
Epidemiología y Salud Pública	5	28	0	0	0	0	1	6	6	33
Administración Hospitalaria	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Política y Sistemas de Salud	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Gestión y Administración en Salud Pública	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Interculturalidad Género y Salud	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Oftalmología	2	11	0	0	0	0	0	0	2	11
Administración Pública	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Total	17	94	0	0	0	0	1	6	18	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 52

Distribución de los médicos que poseen doctorado del departamento de Chiquimula según doctorado y sexo, abril 2008

junio, 2008

Doctorado	Masculino		Femenino		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Investigación social	1	100	0	0	1	100
Total	1	100	0	0	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 53

Distribución de los médicos que poseen doctorado del departamento de Chiquimula según doctorado y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Doctorado	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Investigación social	1	100	0	0	1	100
Total	1	100	0	0	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 54

Distribución de las médicas que poseen doctorado del departamento de Chiquimula según doctorado y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 55

Distribución del total de médicos que poseen doctorado del departamento de Chiquimula según doctorado y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Doctorado	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Investigación social	1	100	0	0	1	100
Total	1	100	0	0	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 56

Distribución de los médicos que poseen doctorado del departamento de Chiquimula según doctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Doctorado	Masculino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Investigación social	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 57

Distribución de las médicas que poseen doctorado del departamento de Chiquimula según doctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 58

Distribución del total de médicos que poseen doctorado del departamento de Chiquimula según doctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008 junio, 2008

Doctorado	Masculino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Investigación social	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 59

Distribución del total de médicos que poseen doctorado del departamento de Chiquimula según doctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008 junio, 2008

Doctorado	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Investigación social	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100
Total	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 60

Distribución de las médicas que poseen doctorado del departamento de Chiquimula según doctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 61

Distribución del total de médicos que poseen doctorado del departamento de Chiquimula según doctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Doctorado	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Investigación social	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100
Total	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 62
Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Chiquimula según postdoctorado y sexo, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 63
Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Chiquimula según postdoctorado y lugar donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 63
Distribución de las médicas que poseen postdoctorado del departamento de Chiquimula según postdoctorado y lugar donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 65
Distribución del total de médicos que poseen postdoctorado del departamento de Chiquimula según postdoctorado y lugar donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 66
Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Chiquimula según postdoctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 67
Distribución de las médicas que poseen postdoctorado del departamento de Chiquimula según postdoctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 68
Distribución del total de médicos que poseen postdoctorado del departamento de Chiquimula según postdoctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 69
Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Chiquimula según postdoctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 70
Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Chiquimula según postdoctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 71
Distribución del total de médicos que poseen postdoctorado del departamento de Chiquimula según postdoctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

5.2 Izabal

5.2.1 Datos Demográficos

El departamento de Izabal, con una superficie de 9038 Km^2 y una población total de 383,636[2] habitantes, tiene como cabecera departamental la ciudad de Puerto Barrios. (253) Se divide en los municipios de Puerto Barrios, El Estor, Livingston, Los Amates y Morales.

Se limita al norte con el departamento de Petén, Belice y el Mar Caribe; al este la República de Honduras; al sur con el departamento de Zacapa; y al oeste con Alta Verapaz. (245)

Su principal vía de comunicación con la capital es la Carretera Interoceánica o del Atlántico CA-9. (245)

En lo que se refiere al aspecto hidrográfico, el departamento es atravesado por ríos de gran importancia como el Motagua, Lámpara, Ciénaga, Zarco, Polochic, Sarstún, Dulce, entre otros. En este departamento se encuentra el lago de Izabal que es el de mayor extensión de la República, con un área aproximada de 589 km^2. Este lago tiene como desagüe natural el Río Dulce. Otro río de importancia es el Sarstún, que sirve de línea divisoria entre Belice, Petén e Izabal. (245)

Puerto Barrios y Santo Tomás de Castilla son los principales puertos de entrada en el Mar Caribe, donde anclan barcos de diferente calado. (245)

Además del Español, en el departamento predominan el idioma Q´eqchi´ y el Caribearaguaco o Garífuna; este último es el resultado del mestizaje de tres grupos étnicos, los indios caribes; los araguacos, y los negros africanos. (245)

[2] Proyecciones para año 2008, INE

5.2.2 Datos Históricos

Respecto a la etimología de Izabal se creía que se refería al Golfo Dulce. Sin embargo ahora puede decirse que proviene del vasco o vascuence, en cuyo idioma ¨Zabal¨ equivale a ancho, seguramente por la Bahía. (245)

En Izabal se encuentra la colonia garífuna, cuya historia se remonta a los descendientes de los esclavos africanos que trabajaron en las islas del Caribe. (252)

Durante el Período Hispánico este departamento pertenecía al Corregimiento de Chiquimula de la Sierra; luego fue distrito más tarde fundado como departamento el 8 de mayo de 1866. (245)

5.2.3 Datos en Salud

Para el año 2006 el Departamento de Izabal reportó una población total de 364 909 habitantes. El No. de nacimientos totales para ese mismo año fue de 9 224, con una tasa de natalidad general de 25.28. La tasa de crecimiento vegetativo fue de 2.07. (253)

Demografía	Total
Población total 2008	383,636[1]
Población migrante	36,729
Total de Nacimientos 2,005	9,772
Total de Nacimientos 2,006	9,224
Tasa de Natalidad	25.278
Crecimiento Vegetativo	2.067
Tasa de Fecundidad	85.62
No. de Mortinatos	38
Mortalidad General	4.6

Fuente: Memoria de Labores. Izabal 2006

[1] Proyecciones para año 2008, INE

Entre las causas de morbilidad de enfermedades transmisibles se reportaron infecciones respiratorias agudas como primera causa, las cuales afectaron en mayor proporción al sexo femenino con un 10 % sobre los casos en sexo masculino. Como segunda causa se reportaron casos de parasitismo intestinal y en tercer lugar casos de diarrea, ambas afectaron equitativamente a ambos sexos. (253)

No.	Diez Primeras Causas de Morbilidad General de las Enfermedades Transmisibles	Frecuencia Masculinos	%*	Frecuencia Femeninos	%*	Total
1	Infecciones Respiratorias Agudas	21637	44	34096	54	55733
2	Parasitismo Intestinal	9288	19	11965	19	21253
3	Diarreas	3022	6	4339	7	7564
4	Amebiasis	3022	6	4542	7	7564
5	Malaria clínico y confirmado	3467	7	3377	5	6844
6	Neumonías y Bronconeumonías	1915	4	2244	4	4159
7	Micosis	1410	3	2032	3	3442
8	Escabiosis	675	1	1237	2	1912
9	Enfermedades de Transmisión Sexual	201	0	1533	2	1734
10	Conjuntivitis	681	1	875	1	1556
Resto de Causas		3258	7	3614	6	6872
Total de Causas		49634	100	69854	110	119488

Fuente: Memoria de Labores, Izabal 2006

En lo que a morbilidad de enfermedades no transmisibles se refiere, se reportó como primera causa las enfermedades de la piel con mayor frecuencia en pacientes de sexo masculino, en segundo lugar se reportaron casos de anemia y en tercero casos de enfermedad péptica con una incidencia levemente mayor en personas de sexo femenino. (253)

No.	Diez Primeras Causas de Morbilidad General de las Enfermedades No Transmisibles	Frecuencia Masculinos	%*	Frecuencia Femeninos	%*	Total
1	Enfermedades de la Piel	8114	22	10678	14	18792
2	Anemia	4185	11	10369	13	14554
3	Enfermedad Péptica	3228	9	9405	12	12633
4	Infección Urinaria	2174	6	8593	11	10767
5	Cefalea	1751	5	5032	7	6783
6	Artritis	1921	5	3958	5	5879
7	Neuralgias	1121	3	1748	2	2869
8	Heridas Múltiples	866	2	808	1	1674
9	Alergias	515	1	763	1	1278
10	Traumatismos y Politraumat	562	2	546	1	1108
	RESTO DE CAUSAS	12950	35	25401	33	38351
	TOTAL DE CAUSAS	37387	100	77301	100	114688

Fuente: Memoria de Labores, Izabal 2006

Las tres primeras causas de morbilidad infantil reportadas para el año 2006 son las infecciones respiratorias agudas en primer lugar, seguidas de enfermedades de la piel con el segundo lugar y en el tercero se encuentran los casos de diarrea. (253)

No.	**Diez Primeras Causas de Morbilidad Infantil**	**Número de Casos**	**%***
1	Infecciones Respiratorias Agudas	4617	34
2	Enfermedades de la piel	2375	17
3	Diarreas	1570	11
4	Neumonías y Bronconeumonías	736	5
5	Amebiasis	305	2
6	Parasitismo Intestinal	295	2
7	Escabiosis	267	2
8	Anemia	263	2
9	Conjuntivitis	168	1
10	Micosis	96	1
	Resto de Causas	3001	22
	Total	13693	100

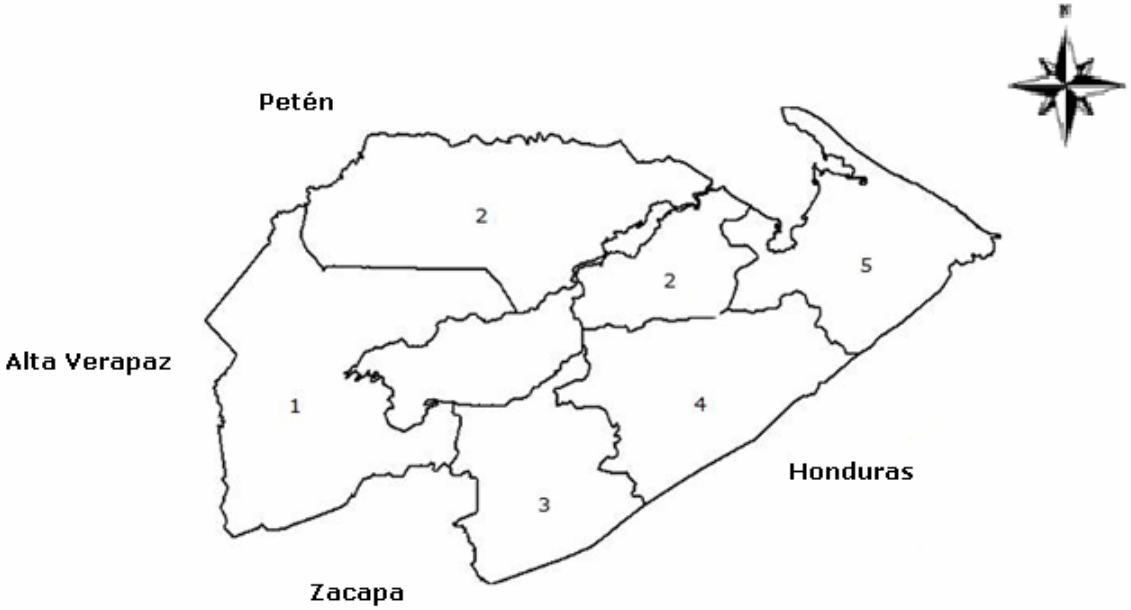
Fuente: Memoria de Labores. Izabal 2006

El total de defunciones reportadas para ese año fue de 1680, con una tasa de mortalidad general de 4.60. Entre las tres primeras causas de mortalidad general reportadas se encuentran shock hipovolémico, neumonías y bronconeumonías además de tumores malignos de diferente etiología. (253)

No.	Diez Primeras Causas de Morbilidad General de las Enfermedades No Transmisibles	No. Muertes Masculino	%*	No. Muertes Femenino	%*	Total
1	Shock Hipovolémico (heridas por arma de fuego y blanca)	205	18	23	3	228
2	Neumonías y Bronconeumonías	92	8	54	7	146
3	Tumor Maligno (diversos sitios)	55	5	59	8	114
4	Infarto agudo al miocardio	44	4	36	5	80
5	Traumatismos y politraumatismos	70	6	10	1	80
6	Paro Cardio Respiratorio	38	3	39	5	77
7	Diabetes Mellitus	28	2	36	5	64
8	Senilidad	35	3	27	4	62
9	Conflicto Armado	53	5	8	1	61
10	Infección Respiratoria Aguda	14	1	17	2	31
RESTO DE CAUSAS		396	35	341	45	737
TOTAL DE CAUSAS		1030	90	650	86	1680

Fuente: Memoria de Labores. Izabal 2006

5.2.4 Croquis



1. El Estor
2. Livingston
3. Los Amates
4. Morales
5. Puerto Barrios

Cuadro 1

Distribución de los médicos del departamento de Izabal

según edad y sexo, abril 2008

junio, 2008

Grupos de Edad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
< 30	4	4	5	5	9	9
31-40	27	27	7	7	34	34
41-50	20	20	7	7	27	27
51-60	22	22	2	2	24	24
61-70	6	6	0	0	6	6
71-80	0	0	0	0	0	0
> 81	1	1	0	0	1	1
Total	80	79	21	21	101	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 2

Distribución de los médicos del departamento de Izabal según estado

conyugal y sexo, abril 2008

junio, 2008

Estado Conyugal	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Solteros	9	9	7	7	16	16
Unidos	6	6	2	2	8	8
Casados	57	56	11	11	68	67
Divorciados	7	7	0	0	7	7
Separados	1	1	1	1	2	2
Viudos	0	0	0	0	0	0
Total	80	79	21	21	101	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 3

Distribución de los médicos del departamento de Izabal según localización de residencia y sexo, abril 2008

junio, 2008

Localización de Residencia	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Urbano	75	74	20	20	95	94
Rural	4	4	2	2	6	6
Total	79	78	22	22	101	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 4

Distribución de los médicos del departamento de Izabal que laboran o no laboran como médicos según sexo, abril 2008

junio, 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Laboran como médicos	79	78	21	21	100	99
No Laboran como médicos	1	1	0	0	1	1
Total	80	79	21	21	101	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 5

Distribución de los médicos del departamento de Izabal que poseen otra profesión u oficio según sexo, abril 2008

junio, 2008

Otra Profesión u Oficio	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Administración de Empresas	1	100	0	0	1	100
Total	1	0	0	0	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 6

Distribución de los médicos del departamento de Izabal según número de lugares donde que laboran y sexo, abril 2008

junio, 2008

Número de Lugares en que Laboran	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
1 lugar	30	30	13	13	43	43
2 lugares	37	37	6	6	43	43
3 lugares	11	11	2	2	13	13
4 lugares	1	1	0	0	1	1
Total	79	79	21	21	100	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 7

Distribución de los médicos del departamento

de Izabal según lugar, institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Masculino																					
Lugar				Institución										Práctica Profesional							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
74	95	4	5	22	28	16	21	39	50	0	0	1	1	75	96	0	0	0	0	3	4

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 8

Distribución de las médicas del departamento

de Izabal según lugar, institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Femenino																					
Lugar				Institución										Práctica Profesional							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
19	86	3	14	7	32	6	27	8	36	0	0	1	5	22	100	0	0	0	0	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 9

Distribución del total de médicos del departamento

de Izabal según lugar, institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Total																					
Lugar				Institución										Práctica Profesional							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
93	93	7	7	29	29	22	22	47	47	0	0	2	2	97	97	0	0	0	0	3	3

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 10

Distribución de los médicos del departamento de Izabal según lugar e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	21	27	1	1	22	28
Autónoma	16	21	0	0	16	21
Privado	36	46	3	4	39	50
ONG	0	0	0	0	0	0
No Institucional	1	1	0	0	1	1
Total	74	95	4	5	78	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 11

Distribución de las médicas del departamento de Izabal según lugar e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	5	23	2	9	7	32
Autónoma	6	27	0	0	6	27
Privado	7	32	1	5	8	36
ONG	0	0	0	0	0	0
No Institucional	1	5	0	0	1	5
Total	19	86	3	14	22	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 12

Distribución del total de médicos del departamento de Izabal según lugar e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

	TOTAL					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	26	26	3	3	29	29
Autónoma	22	22	0	0	22	22
Privado	43	43	4	4	47	47
ONG	0	0	0	0	0	0
No Institucional	2	2	0	0	2	2
Total	93	93	7	7	100	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 13

Distribución de los médicos del departamento de Izabal según lugar donde laboran y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Clínico	71	91	4	5	75	96
Docencia	0	0	0	0	0	0
Investigación	0	0	0	0	0	0
Administración	3	4	0	0	3	4
Total	74	95	4	5	78	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 14

Distribución de las médicas del departamento de Izabal según lugar donde laboran y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008 junio, 2008

	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Clínico	19	86	3	14	22	100
Docencia	0	0	0	0	0	0
Investigación	0	0	0	0	0	0
Administración	0	0	0	0	0	0
Total	19	86	3	14	22	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 15

Distribución del total de médicos del departamento de Izabal según lugar donde laboran y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008 junio, 2008

	TOTAL					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Clínico	90	90	7	7	97	97
Docencia	0	0	0	0	0	0
Investigación	0	0	0	0	0	0
Administración	3	3	0	0	3	3
Total	93	93	7	7	100	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 16

Distribución de los médicos del departamento de Izabal según tipo de institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	20	26	0	0	0	0	2	3	22	28
Autónoma	16	21	0	0	0	0	0	0	16	21
Privado	39	50	0	0	0	0	0	0	39	50
ONG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No Institucional	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Total	75	96	0	0	0	0	3	4	78	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 17

Distribución de las médicas del departamento de Izabal según tipo de institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

	Femenino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	7	32	0	0	0	0	0	0	7	32
Autónoma	6	27	0	0	0	0	0	0	6	27
Privado	8	36	0	0	0	0	0	0	8	36
ONG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No Institucional	1	5	0	0	0	0	0	0	1	5
Total	22	100	0	0	0	0	0	0	22	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 18

Distribución del total de médicos del departamento de Izabal según tipo de institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	27	27	0	0	0	0	2	2	29	29
Autónoma	22	22	0	0	0	0	0	0	22	22
Privado	47	47	0	0	0	0	0	0	47	47
ONG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No Institucional	1	1	0	0	0	0	1	1	2	2
Total	97	97	0	0	0	0	3	3	100	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 19

Distribución de los médicos del departamento de Izabal según grado académico que poseen y sexo, abril 2008 junio, 2008

Grado Académico	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Sólo Licenciatura	24	21	9	8	33	29
Licenciatura de Médico y Cirujano más otra Licenciatura	1	1	0	0	1	1
Realizando Residencia	7	6	5	4	12	11
Especialidad	43	38	7	6	50	45
Subespecialidad	6	5	0	0	6	5
Maestría	9	8	1	1	10	9
Doctorado	0	0	0	0	0	0
Postdoctorado	0	0	0	0	0	0
Total	90	80	22	20	112	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 20

Distribución de los médicos del departamento de Izabal según Universidad que extendió el título de Médico y Cirujano y sexo, abril 2008

junio, 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
USAC	77	76	20	20	97	96
UFM	0	0	0	0	0	0
UMG	0	0	0	0	0	0
Extranjera	3	3	1	1	4	4
Total	80	79	21	21	101	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 21

Distribución de los médicos residentes del departamento de Izabal según especialidad y sexo, abril 2008

junio, 2008

Residencia	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	0	0	2	17	2	17
Cirugía	1	8	1	8	2	17
Ginecología	1	8	1	8	2	17
Medicina Interna	1	8	0	0	1	8
Pediatría	2	17	1	8	3	25
Traumatología	2	17	0	0	2	17
Total	7	58	5	42	12	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 22

Distribución de los médicos especialistas del departamento de Izabal según especialidad y sexo, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	2	4	0	0	2	4
Cirugía	8	16	1	2	9	18
Ginecología	8	16	3	6	11	22
Medicina Interna	7	14	0	0	7	14
Oftalmología	1	2	0	0	1	2
Pediatría	8	16	3	6	11	22
Radiología	1	2	0	0	1	2
Traumatología	4	8	0	0	4	8
Otros	4	8	0	0	4	8
Total	43	86	7	14	50	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 23

Distribución de los médicos especialistas del departamento de Izabal según especialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	2	5	0	0	2	5
Cirugía	7	16	1	2	8	19
Ginecología	8	19	0	0	8	19
Medicina Interna	6	14	1	2	7	16
Oftalmología	1	2	0	0	1	2
Pediatría	8	19	0	0	8	19
Radiología	1	2	0	0	1	2
Traumatología	4	9	0	0	4	9
Otros	3	7	1	2	4	9
Total	40	93	3	7	43	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 24

Distribución de las médicas especialistas del departamento de Izabal según especialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	0	0	0	0	0	0
Cirugía	1	14	0	0	1	14
Ginecología	3	43	0	0	3	43
Medicina Interna	0	0	0	0	0	0
Oftalmología	0	0	0	0	0	0
Pediatría	3	43	0	0	3	43
Radiología	0	0	0	0	0	0
Traumatología	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0
Total	7	100	0	0	7	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 25

Distribución del total de médicos especialistas del departamento de Izabal según especialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	2	4	0	0	2	4
Cirugía	8	16	1	2	9	18
Ginecología	11	22	0	0	11	22
Medicina Interna	6	12	1	2	7	14
Oftalmología	1	2	0	0	1	2
Pediatría	11	22	0	0	11	22
Radiología	1	2	0	0	1	2
Traumatología	4	8	0	0	4	8
Otros	3	6	1	2	4	8
Total	47	94	3	6	50	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 26

Distribución de los médicos especialistas del departamento de Izabal según especialidad

e institución donde laboran, abril 2008

junio 2008

Especialidad	Masculino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	2	5
Cirugía	3	7	0	0	5	12	0	0	0	0	8	19
Ginecología	0	0	0	0	8	19	0	0	0	0	8	19
Medicina Interna	0	0	2	5	5	12	0	0	0	0	7	16
Oftalmología	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2
Pediatría	3	7	0	0	5	12	0	0	0	0	8	19
Radiología	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2
Traumatología	1	2	2	5	1	2	0	0	0	0	4	9
Otros	3	7	0	0	1	2	0	0	0	0	4	9
Total	11	26	5	12	27	63	0	0	0	0	43	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 27

Distribución de las médicas especialistas del departamento de Izabal según especialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Femenino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía	0	0	0	0	1	14	0	0	0	0	1	14
Ginecología	1	14	0	0	2	29	0	0	0	0	3	43
Medicina Interna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pediatría	0	0	1	14	2	29	0	0	0	0	3	43
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1	14	1	14	5	71	0	0	0	0	7	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 28

Distribución del total de médicos especialistas del departamento de Izabal según especialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Total											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	2	4
Cirugía	3	6	0	0	6	12	0	0	0	0	9	18
Ginecología	1	2	0	0	10	20	0	0	0	0	11	22
Medicina Interna	0	0	2	4	5	10	0	0	0	0	7	14
Oftalmología	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2
Pediatría	3	6	1	2	7	14	0	0	0	0	11	22
Radiología	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2
Traumatología	1	2	2	4	1	2	0	0	0	0	4	8
Otros	3	6	0	0	1	2	0	0	0	0	4	8
Total	12	24	6	12	32	64	0	0	0	0	50	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 29

Distribución de los médicos especialistas del departamento de Izabal según especialidad y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	2	5	0	0	0	0	0	0	2	5
Cirugía	7	16	0	0	0	0	1	2	8	19
Ginecología	8	19	0	0	0	0	0	0	8	19
Medicina Interna	7	16	0	0	0	0	0	0	7	16
Oftalmología	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
Pediatría	8	19	0	0	0	0	0	0	8	19
Radiología	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
Traumatología	4	9	0	0	0	0	0	0	4	9
Otros	4	9	0	0	0	0	0	0	4	9
Total	42	98	0	0	0	0	1	2	43	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 30

Distribución de las médicas especialistas del departamento de Izabal según especialidad y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Femenino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía	1	14	0	0	0	0	0	0	1	14
Ginecología	3	43	0	0	0	0	0	0	3	43
Medicina Interna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oftalmología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pediatría	3	43	0	0	0	0	0	0	3	43
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	7	100	0	0	0	0	0	0	7	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 31

Distribución del total de médicos especialistas del departamento de Izabal según especialidad y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	2	4	0	0	0	0	0	0	2	4
Cirugía	8	16	0	0	0	0	1	2	9	18
Ginecología	11	22	0	0	0	0	0	0	11	22
Medicina Interna	7	14	0	0	0	0	0	0	7	14
Oftalmología	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
Pediatría	11	22	0	0	0	0	0	0	11	22
Radiología	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
Traumatología	4	8	0	0	0	0	0	0	4	8
Otros	4	8	0	0	0	0	0	0	4	8
Total	49	98	0	0	0	0	1	2	50	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 32

Distribución de los médicos subespecialistas del departamento de Izabal según subespecialidad y sexo, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Gastrointestinal	1	17	0	0	1	17
Gastroenterología	1	17	0	0	1	17
Geriatría	1	17	0	0	1	17
Nefrología	1	17	0	0	1	17
Otros	2	33	0	0	2	33
Total	6	100	0	0	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 33

Distribución de los médicos subespecialistas del departamento de Izabal según subespecialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Gastrointestinal	1	17	0	0	1	17
Gastroenterología	0	0	1	17	1	17
Geriatría	1	17	0	0	1	17
Nefrología	1	17	0	0	1	17
Otros	2	33	0	0	2	33
Total	5	83	1	17	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 34

Distribución de las médicas subespecialistas del departamento de Izabal según subespecialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 35

Distribución del total de médicos subespecialistas del departamento de Izabal según subespecialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Gastrointestinal	1	17	0	0	1	17
Gastroenterología	0	0	1	17	1	17
Geriatría	1	17	0	0	1	17
Nefrología	1	17	0	0	1	17
Otros	2	33	0	0	2	33
Total	5	83	1	17	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 36

Distribución de los médicos subespecialistas del departamento de Izabal según subespecialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Masculino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Gastrointestinal	0	0	0	0	1	17	0	0	0	0	1	17
Gastroenterología	0	0	0	0	1	17	0	0	0	0	1	17
Geriatría	0	0	0	0	1	17	0	0	0	0	1	17
Nefrología	0	0	0	0	1	17	0	0	0	0	1	17
Otros	0	0	0	0	2	33	0	0	0	0	2	33
Total	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 37

Distribución de las médicas subespecialistas del departamento de Izabal según subespecialidad e institución en la que laboran, abril 2008

junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 38

Distribución del total de médicos subespecialistas del departamento de Izabal según subespecialdad e institución en la que laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Total											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Gastrointestinal	0	0	0	0	1	17	0	0	0	0	1	*17*
Gastroenterología	0	0	0	0	1	17	0	0	0	0	1	*17*
Geriatría	0	0	0	0	1	17	0	0	0	0	1	*17*
Nefrología	0	0	0	0	1	17	0	0	0	0	1	17
Otros	0	0	0	0	2	33	0	0	0	0	2	33
Total	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 39

Distribución de los médicos subespecialistas del departamento de Izabal según subespecialidad y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		TOTAL	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Gastrointestinal	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Gastroenterología	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Geriatría	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Nefrología	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Otros	2	33	0	0	0	0	0	0	2	33
TOTAL	6	100	0	0	0	0	0	0	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 40

Distribución de las médicas subespecialistas del departamento de Izabal según subespecialidad y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 41

Distribución del total de médicos subespecialistas del departamento de Izabal según subespecialidad y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía Gastrointestinal	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Gastroenterología	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Geriatría	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Nefrología	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Otros	2	33	0	0	0	0	0	0	2	33
Total	6	100	0	0	0	0	0	0	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 42

Distribución de los médicos que poseen maestría del departamento de Izabal según maestría y sexo, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria	1	10	0	0	1	10
Epidemología, Gestión y Administración en Servicios de Salud	0	0	1	10	1	10
Gerencia en Servicios de Salud	1	10	0	0	1	10
Gestión de Servicios de Salud	1	10	0	0	1	10
Gestión Hospitalaria	1	10	0	0	1	10
Intensivista	1	10	0	0	1	10
Medicina Omeopática	1	10	0	0	1	10
Salud de la Mujer y Salud de la Niñez	1	10	0	0	1	10
Salud Ocupacional y logística	1	10	0	0	1	10
Tisiología	1	10	0	0	1	10
Total	9	90	1	10	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 43

Distribución de los médicos que poseen maestría del departamento de Izabal según maestría y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria	1	10	0	0	1	10
Epidemología, Gestión y Administración en Servicios de Salud	0	0	1	10	1	10
Gerencia en Servicios de Salud	1	10	0	0	1	10
Gestión de Servicios de Salud	0	0	1	10	1	10
Gestión Hospitalaria	1	10	0	0	1	10
Intensivista	1	10	0	0	1	10
Medicina Omeopática	1	10	0	0	1	10
Salud de la Mujer y Salud de la Niñez	1	10	0	0	1	10
Salud Ocupacional y logística	1	10	0	0	1	10
Tisiología	0	0	1	10	1	10
Total	7	70	3	30	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 44

Distribución de las médicas que poseen maestría del departamento de Izabal, según maestría y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Epidemología, Gestión y Administración en Servicios de Salud	0	0	1	100	1	100
Total	0	0	1	100	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 45

Distribución del total de médicos que poseen maestría del departamento de Izabal según maestría y lugar en donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria	1	10	0	0	1	10
Epidemología, Gestión y Administración en Servicios de Salud	0	0	1	10	1	10
Gerencia en Servicios de Salud	1	10	0	0	1	10
Gestión de Servicios de Salud	0	0	1	10	1	10
Gestión Hospitalaria	1	10	0	0	1	10
Intensivista	1	10	0	0	1	10
Medicina Omeopática	1	10	0	0	1	10
Salud de la Mujer y Salud de la Niñez	1	10	0	0	1	10
Salud Ocupacional y logística	1	10	0	0	1	10
Tisiología	0	0	1	10	1	10
Total	7	70	3	30	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 46

Distribución de los médicos que poseen maestría del departamento de Izabal según maestría y tipo de institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Masculino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria	0	0	1	11	0	0	0	0	0	0	1	11
Epidemología, Gestión y Administración en Servicios de Salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gerencia en Servicios de Salud	0	0	0	0	1	11	0	0	0	0	1	11
Gestión de Servicios de Salud	0	0	0	0	1	11	0	0	0	0	1	11
Gestión Hospitalaria	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
Intensivista	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
Medicina Omeopática	0	0	0	0	1	11	0	0	0	0	1	11
Salud de la Mujer y Salud de la Niñez	0	0	0	0	1	11	0	0	0	0	1	11
Salud Ocupacional y logística	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
Tisiología	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
Total	4	44	1	11	4	44	0	0	0	0	9	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 47

Distribución de las médicas que poseen maestría del departamento de Izabal según maestría y tipo de institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Femenino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Epidemología, Gestión y Administración en Servicios de Salud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
Total	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 48

Distribución del total de médicos que poseen maestría del departamento de Izabal según maestría y tipo de institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Total											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria	0	0	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Epidemología, Gestión y Administración en Servicios de Salud	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Gerencia en Servicios de Salud	0	0	0	0	1	10	0	0	0	0	1	10
Gestión de Servicios de Salud	0	0	0	0	1	10	0	0	0	0	1	10
Gestión Hospitalaria	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Intensivista	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Medicina Omeopática	0	0	0	0	1	10	0	0	0	0	1	10
Salud de la Mujer y Salud de la Niñez	0	0	0	0	1	10	0	0	0	0	1	10
Salud Ocupacional y logística	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Tisiología	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Total	5	50	1	10	4	40	0	0	0	0	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 49

Distribución de los médicos que poseen maestría del departamento de Izabal según maestría y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria	1	11	0	0	0	0	0	0	1	11
Epidemología, Gestión y Administración en Servicios de Salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gerencia en Servicios de Salud	1	11	0	0	0	0	0	0	1	11
Gestión de Servicios de Salud	1	11	0	0	0	0	0	0	1	11
Gestión Hospitalaria	1	11	0	0	0	0	0	0	1	11
Intensivista	1	11	0	0	0	0	0	0	1	11
Medicina Omeopática	1	11	0	0	0	0	0	0	1	11
Salud de la Mujer y Salud de la Niñez	1	11	0	0	0	0	0	0	1	11
Salud Ocupacional y logística	1	11	0	0	0	0	0	0	1	11
Tisiología	1	11	0	0	0	0	0	0	1	11
Total	9	100	0	0	0	0	0	0	9	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 50

Distribución de las médicas que poseen maestría del departamento de Izabal según maestría y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Femenino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Epidemología, Gestión y Administración en Servicios de Salud	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100
Total	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 51

Distribución del total de médicos que poseen maestría del departamento de Izabal según maestría y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Hospitalaria	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Epidemología, Gestión y Administración en Servicios de Salud	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Gerencia en Servicios de Salud	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Gestión de Servicios de Salud	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Gestión Hospitalaria	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Intensivista	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Medicina Omeopática	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Salud de la Mujer y Salud de la Niñez	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Salud Ocupacional y logística	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Tisiología	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
Total	10	100	0	0	0	0	0	0	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 52
Distribución de los médicos que poseen doctorado del departamento de Izabal según doctorado y sexo, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 53
Distribución de los médicos que poseen doctorado del departamento de Izabal según doctorado y lugar donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 54
Distribución de las médicas que poseen doctorado del departamento de Izabal según doctorado y lugar donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 55
Distribución del total de médicos que poseen doctorado del departamento de Izabal según doctorado y lugar donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 56
Distribución de los médicos que poseen doctorado del departamento de Izabal según doctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 57
Distribución de las médicas que poseen doctorado del departamento de Izabal según doctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 58
Distribución del total de médicos que poseen doctorado del departamento de Izabal según doctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 59
Distribución del total de médicos que poseen doctorado del departamento de Izabal según doctorado y tipo práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio, 2008
No se encontró datos

Cuadro 60
Distribución de las médicas que poseen doctorado del departamento de Izabal según doctorado y tipo práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 61
Distribución del total de médicos que poseen doctorado del departamento de Izabal según doctorado y tipo práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 62
Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Izabal según postdoctorado y sexo, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 63
Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Izabal según postdoctorado y lugar donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 64
Distribución de las médicas que poseen postdoctorado del departamento de Izabal según postdoctorado y lugar donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 65
Distribución del total de médicos que poseen postdoctorado del departamento de Izabal según postdoctorado y lugar donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 66
Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Izabal según postdoctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 67
Distribución de las médicas que poseen postdoctorado del departamento de Izabal, según postdoctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 68

Distribución del total de médicos que poseen postdoctorado del departamento de Izabal, según postdoctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 69

Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Izabal, según postdoctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 70

Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Izabal según postdoctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 71

Distribución del total de médicos que poseen postdoctorado del departamento de Izabal, según postdoctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

No se encontró datos

5.3. Petén

5.3.1 Datos Demográficos

El departamento de Petén, cuenta con una superficie de 35,854 Km^2 y una población total de 563,832[1] habitante, tiene como cabecera departamental la ciudad de Flores y se encuentra a 488 Km. de la ciudad capital. (4) Se divide en los municipios de Dolores, La libertad, Flores, Melchor de Mencos, Poptún, San Andrés, San Benito, San Francisco, San José, San Luis, Santa Ana, Sayaxché. (245, 246)

Se encuentra situado en la región norte de Guatemala. Limita al norte con México; al sur con los departamentos de Izabal y Alta Verapaz; al este con Belice; y al oeste con México. El clima es cálido, tropical. (245, 246)

La topografía del departamento es variada, la cual trae también consigo la diversidad de climas, los que se dividen en tres zonas: Región Baja, Región Media y Región Alta. A la primera corresponden las llanuras y los lagos, a la segunda corresponden las primeras alturas, incluyendo las pequeñas colinas de los valles de los ríos San Pedro, Azul u Hondo y San Juan. A la Región Alta corresponden las montañas Mayas en la parte oeste del departamento, la de mayor elevación en el mismo, siendo las condiciones climáticas más favorables para el establecimiento de la ganadería y colonias agrícolas. (245, 246)

Su principal medio de comunicación con la Ciudad Capital y otros lugares del país es la vía aérea, aunque también posee carreteras que lo comunican con Alta Verapaz e Izabal, así como con México y Belice. También se utilizan algunos ríos para movilizarse y por los lagos que unen a los municipios. (245, 246)

[1] Proyección para año 2008, INE

Las lenguas originales de este departamento son el Lacandón, el Itza' y el Mopán, de los cuales persisten el Maya Itzá y el Maya Mopan. La mayoría de habitantes habla el español como idioma popular, existiendo también una buena parte de población que habla la lengua Maya Q'eqchí'.(245)

5.3.2 Datos Históricos

Los mayas llamaban Peténes a las islas del actual Lago Petén Itza, haciéndose el nombre extensivo más tarde a todo el territorio que abarca el departamento, también se traduce como país llano o tierra plana. (245, 246)

Originalmente fue parte de la Capitanía de Yucatán durante la época de la colonia española. Al momento de la independencia de México y la posterior separación de las provincias de Centroamérica, las fuerzas guatemaltecas ocuparon el Petén, cuya incorporación fue reconocida por México en 1883. Por otro lado Guatemala reconoció la anexión de Chiapas a México. Una increíble cantidad de recursos naturales y puertos estratégicos quedaron en manos mexicanas al anexarse a Chiapas. (245, 246)

El territorio fue elevado a categoría de Corregimiento en 1814 y como departamento, por el acuerdo gubernativo del 8 de mayo de 1866. (245, 246)

La población de este departamento data del período indígena, considerando como la cuna de la civilización Maya y según estudios hechos por arqueólogos, la disolución del viejo imperio se debió a las prolongadas sequías, al hambre y a las pestes. (245, 246)

En cuanto al período hispánico y actual el departamento ha sido colonizado en diferentes fases y por distintos grupos étnicos, lo que incide en una población heterogénea y un panorama multicultural. (245, 246)

Petén es considerado la cuna de la gran cultura Maya y en la actualidad se encuentran grandes centros arqueológicos. El departamento guarda grandes tesoros arqueológicos que constituyen un foco de atracción a los turistas nacionales y extranjeros. Además posee incomparables e incontables bellezas naturales. (245, 246)

5.3.3 Datos en Salud

El departamento de Petén se divide en 3 aéreas de salud, distribuidas en Petén Norte (Melchor de Mencos, San Francisco, Flores, San Benito y San José) Petén Suroccidente (La Libertad, San Andrés y Sayaxché) y Petén Suroriente (San Luis, Poptún, Dolores y Santa Ana), para el año 2008 se proyectó una población de 174,165 en Petén Norte, de 193,882 en Petén Suroriente y en Petén Suroccidente 195,785 para un total de 514,258 habitantes. El número de nacimientos totales fue de 11,553 en el 2,006. (255, 256, 257)

Petén Norte

Demografía	Total
Población total 2008[1]	174,165
Población migrante	1,018
Total de Nacimientos 2,005	564
Total de Nacimientos 2,006	469
Tasa de Natalidad	20.92
Crecimiento Vegetativo	2.2
Tasa de Fecundidad	106
No. de Mortinatos	0
Tasa de Mortalidad General	2.8

Fuente: Memoria de Labores, Petén Suroriental, 2006.

El número de nacimientos totales para Petén Norte es de 469, con una tasa de natalidad de 20.92, un crecimiento vegetativo de 2.20 y una tasa de mortalidad general de 2.8. (255)

[1] Proyección para año 2008, INE

No.	Diez Primeras Causas de Morbilidad General de las Enfermedades Transmisibles	Frecuencia Masculinos	%	Frecuencia Femeninos	%	Total
1	Infección respiratoria aguda	5,276	65.02	5,833	64.92	11,109
2	Enfermedades de la piel	978	12.05	1,067	11.88	2,045
3	parasitismo intestinal	664	8.18	775	8.63	1,439
4	Síndrome diarreico agudo	431	5.31	395	4.40	826
5	Amebiasis	226	2.78	273	3.04	499
6	Otitis media	194	2.39	258	2.87	452
7	Conjuntivitis	140	1.73	137	1.52	277
8	Infección intestinal	65	0.80	89	0.99	154
9	Neumonía y bronconeumonía	44	0.54	62	0.69	106
10	Giardiasis	36	0.44	27	0.30	63
	Resto de causas	61	0.75	69	0.77	130
	Total	8,115	100	8,985	100	17,100

é
Fuente: Memoria de Labores, Petén Norte 2006

Entre las causas de morbilidad de enfermedades transmisibles en Petén Norte se reportaron infecciones respiratorias agudas como primera causa, las cuales afectaron en mayor proporción al sexo femenino con un 1 % sobre los casos en sexo masculino. Como segunda causa se reportaron casos de parasitismo intestinal y en tercer lugar casos de enfermedades en la piel, ambas afectaron en mayor proporción al sexo masculino sobre el femenino. (255)

No.	Diez Primeras Causas de Morbilidad General de las Enfermedades No Transmisibles	Frecuencia Masculinos	%	Frecuencia Femeninos	%	Total
1	Infección del tracto urinario	213	2.73	839	6.42	1,052
2	Enfermedad péptica	275	3.52	526	4.03	801
3	Anemia	196	2.51	460	3.52	656
4	Cefalea	165	2.11	443	3.39	608
5	Trastorno muscular	257	3.29	325	2.49	582
6	Fiebre	256	3.28	268	2.05	524
7	Asma	266	3.41	224	1.72	490
8	Artritis	155	1.99	252	1.93	407
9	Hipertensión arterial	123	1.58	230	1.76	353
10	Diabetes mellitus	67	0.86	190	1.45	257
	Resto de causas	5834	74.73	9302	71.23	15,136
	Total	7,807	100	13,059	100	20,866

Fuente: Memoria de Labores, Petén Norte 2006

En Petén Norte, en lo referente a morbilidad de enfermedades no transmisibles, se reportó como primera causa la anemia con mayor frecuencia en pacientes de sexo femenino, en segundo lugar se reportaron casos de infecciones del tracto urinario y en tercero, casos de enfermedad péptica con una incidencia levemente mayor en personas de sexo femenino. (255)

No.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Infantil	Número de Casos	%
1	Infección respiratoria aguda	1651	56.12
2	Síndrome diarreico agudo	191	6.49
3	Enfermedad de la piel	147	5.00
4	Asma	99	3.37
5	Fiebre	60	2.04
6	Dolor abdominal	36	1.22
7	Infección del tracto urinario	34	1.16
8	Anemia	29	0.99
9	Conjuntivitis	26	0.88
10	Infección intestinal	23	0.78
	Resto de causas	646	21.96
	Total	2942	100.00

Fuente: Memoria de Labores, Petén Norte 2006

Las tres primeras causas de morbilidad infantil reportadas para el año 2006 son las infecciones respiratorias agudas en primer lugar, seguidas de enfermedades de la piel con el segundo lugar y en el tercero se encuentran los casos de parasitismo intestinal, esto para el área de Petén Norte. (255)

No	Diez Primeras Causas de Mortalidad General	No. Muertes Masculinas	%	No. Muertes Femeninas	%	Total
1	Diagnostico mal definido	13	32	10	58	23
2	Herida por arma de fuego	8	20	0	0	8
3	Herida arma blanca	2	5.0	0	0	2
4	Hipertensión arterial	1	2.5	1	5.9	2
5	Paro cardiaco	1	2.5	1	5.9	2
6	Trauma de cráneo	2	5.0	0	0	2
7	Cirrosis hepática alcohólica	1	2.5	0	0	1
8	VIH/SIDA	1	2.5	0	0	1
9	Fiebre	1	2.5	0	0	1
10	Intoxicación por herbicida y funguicida	1	2.5	0	0	1
Resto de causas		9	22.5	5	29.4	14
Total de causas		40	100	17	100	57

Fuente: Memoria de Labores, Petén Norte 2006

El total de defunciones reportadas para ese año fue de 349, con una tasa de mortalidad general de 2 para Petén Norte. Entre las tres primeras causas de mortalidad general reportadas se encuentran Herida por Arma de Fuego, Diagnostico mal definido y Neumonía y Bronconeumonías en Petén Norte. (255)

Petén Suroriente

Demografía	Total
Población total 2008[1]	193,882
Población migrante	2,756
Total de Nacimientos 2,005	4,171
Total de Nacimientos 2,006	4,024
Tasa de Natalidad	21
Crecimiento Vegetativo	3
Tasa de Fecundidad	110
No. de Mortinatos	0
Tasa de Mortalidad General	4

Fuente: Memoria de Labores, Petén Suroriental, 2006.

El número de nacimientos totales para Petén Norte es de 4,024, con una tasa de natalidad de 30, un crecimiento vegetativo de 3 y una tasa de mortalidad general de 4. (256)

[1] Proyección para año2008, INE

No.	Diez Primeras Causas de Morbilidad General de las Enfermedades Transmisibles	Frecuencia Masculinos	%	Frecuencia Femeninos	%	Total
1	Infecciones Respiratorias Agudas	28,582	47.48	34,750	46.79	63,332
2	Parasitismo Intestinal	12,528	20.8	15,595	21	28,123
3	Enfermedades de la Piel	9,688	16.1	11,061	14.9	20,749
4	Diarreas	2,673	4.44	2,879	3.88	5,552
5	Neumonías y Bronconeumonías	1,980	3.29	1,320	1.78	3,300
6	Conjuntivitis no Especificada	889	1.48	943	1.27	1,832
7	Malaria por Vivax	652	1.08	625	0.84	1,277
8	Vaginitis no Especificada	0	0.00	778	1.05	778
9	Tricomoniasis	0	0.00	127	0.17	127
10	Hepatitis Viral	34	0.06	47	0.06	81
	Resto de causas	3,177	5.28	6,141	8.27	9,318
	Total	60,203	100	74,266	100	134,469

Fuente: Memoria de Labores, Petén Suroriente 2006.

En Petén Suroriente se reportaron las infecciones respiratorias agudas como primera causa, las cuales afectaron en mayor proporción al sexo masculino, como segunda causa se reportaron el parasitismo intestinal las cuales afectaron mayormente al sexo femenino y en tercer lugar las enfermedades de la piel que afectaron mayormente al sexo masculino. (256)

No.	Diez Primeras Causas de Morbilidad General de las Enfermedades No Transmisibles	Frecuencia Masculinos	%	Frecuencia Femeninos	%	Total
1	Anemia de tipo no Especificado	3,292	20	6,681	19	9,973
2	Enfermedad Péptica	2,751	17	5,529	16	8,280
3	Infecciones de las vías urinarias	1,700	10	4,596	13	6,296
4	Cefalea debida a tensión	1,228	7	2,461	7	3,689
5	Artrosis	1,031	6	1,476	4	2,507
6	Lumbago no Especificado	688	4	1,037	3	1,725
7	Migraña no Especificada	382	2	881	2	1,263
8	Neuralgia	393	2	853	2	1,246
9	Hipertensión Arterial	366	2	875	2	1,241
10	Diabetes mellitus	267	1	686	2	953
	Resto de causas	3,833	24	9,183	26	13,016
	Total	15,931	100	34,258	100	50,189

Fuente. Memoria de Labores, Petén Suroriente 2006.

En Petén Suroriente se reporto como primera causa de morbilidad de enfermedades transmisibles están la anemia como mayor frecuencia en pacientes de sexo masculino, en segundo lugar se reportaron los casos de enfermedad péptica con mayor incidencia en el sexo masculino y en tercer lugar las infecciones del tracto urinario con mayor incidencia en el sexo femenino. (256)

No.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Infantil	Número de Casos	%
1	Infecciones Respiratorias Agudas	6,009	52.63
2	Enfermedades de la Piel	1,725	15.11
3	Parasitismo Intestinal	1,170	10.25
4	Diarreas	788	6.90
5	Anemia de tipo no especificado	447	3.92
6	Neumonías y Bronconeumonías (Infantil)	323	2.83
7	Conjuntivitis no Especificada	237	2.08
8	Asma no especificado	85	0.74
9	Infecciones de las vías urinarias	78	0.68
10	Alergia no Especificada	32	0.28
	Resto de causas	523	4.58
	Total	11,417	100

Fuente: Memoria de Labores, Petén Suroriente 2006.

En el área de Petén Suroriente, entre las causas de morbilidad infantil se reportaron las infecciones respiratorias agudas en primer lugar, seguida por las enfermedades en la piel y el parasitismo intestinal, ambos en segundo y tercer lugar respectivamente. (256)

No	Diez Primeras Causas de Mortalidad General	No. Muertes Masculinas	%	No. Muertes Femeninas	%	Total
1	Neumonías y Bronconeumonías	49	15.5	44	21.3	93
2	Heridas por Arma de Fuego	35	11.1	9	4.37	44
3	Choque Hipovolémico	14	4.44	3	1.46	17
4	Diarreas	12	3.81	6	2.91	18
5	Insuficiencia Cardiaca Congestiva	8	2.54	6	2.91	14
6	Lesiones por Accidente de Transito	10	3.17	3	1.46	13
7	Accidente Cerebro Vascular	9	2.86	2	0.97	11
8	Hipertensión Arterial	7	2.22	4	1.94	11
9	Desnutrición Proteicocalórica	7	2.22	4	1.94	11
10	Traumatismos Múltiples	7	2.22	3	1.46	10
Resto de causas		157	49.8	122	59.2	279
Total		315	100	206	100	521

Fuente: Memoria de Labores, Petén Suroriente 2006.

Para Petén Suroriente, el total de defunciones reportadas fueron de 521, con una tasa de mortalidad general de 4. Entre las primeras causas de defunción se reportaron las neumonías y bronconeumonías, herida por arma de fuego y choque hipovolémico y en Petén. (256)

Petén Suroccidente

Demografía	Total
Población total 2008[1]	195,785
Población migrante	2,925
Total de Nacimientos 2,005	4,832
Total de Nacimientos 2,006	3,790
Tasa de Natalidad	25.92
Crecimiento Vegetativo	2.59
Tasa de Fecundidad	89
No. de Mortinatos	20
Tasa de Mortalidad General	2.90

Fuente: Memoria de Labores, Petén Suroriental, 2006.

El número de nacimientos totales para Petén Norte es de 4,832, con una tasa de natalidad de 25.92, un crecimiento vegetativo de 2.59 y una tasa de mortalidad general de 2.90. (257)

[1] Proyección para año 2008, INE

No	Veinte Primeras Causas de Morbilidad General	Frecuencia Masculinos	%	Frecuencia Femeninos	%	Total
1	Infecciones Respiratorias Agudas	38,495	46.7	46,592	43	85,08
2	Parasitismo Intestinal	12,373	15.0	14,675	13	27,04
3	Trastorno de la Piel y del Tejido	8,890	10.7	9,445	8.81	18,33
4	Diarreas	5,314	6.45	5,366	5.01	10,68
5	Anemia	3,215	3.90	6,897	6.44	10,11
6	Gastritis	3,347	4.06	6,279	5.86	9,626
7	Migraña	2,615	3.17	4,871	4.54	7,486
8	Infecciones de las Vías Urinarias	2,112	2.56	5,166	4.82	7,278
9	Artritis	2,337	2.84	3,336	3.11	5,673
10	Conjuntivitis	1,414	1.72	1,409	1.31	2,823
	Resto de causas	2,275	2.76	3,137	2.93	5,412
	Total	82,4	100	107,1	100	189,5

Fuente: Memoria de Labores, Petén Suroccidente 2006.

En Petén Suroccidente la primera causa fueron las infecciones respiratorias agudas, parasitismo intestinal en segundo lugar y en tercero las enfermedades de la piel y tejidos, todas se presentaron con mayor frecuencia en el sexo masculino, sobre el femenino. En las Enfermedades no transmisibles, en Petén Suroccidente la causa más común fue la anemia, seguida de la enfermedad péptica y en tercer lugar las migrañas, al contrario de las enfermedades transmisibles, estas afectaron en mayor proporción al sexo femenino. (257)

No.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Infantil	Número de Casos	%
1	Infecciones Respiratorias Agudas	9,946	61.63
2	Diarreas	2,123	13.16
3	Trastorno de la Piel y del Tejido	1,584	9.82
4	Parasitismo Intestinal	611	3.79
5	Neumonías Y Bronconeumonías	572	3.54
6	Anemia	363	2.25
7	Conjuntivitis	250	1.55
8	Asma	194	1.20
9	Infecciones de las Vías Urinarias	164	1.02
10	Malaria P. Vivax	24	0.15
	Resto de causas	307	1.90
	Total	16,138	100

Fuente: Memoria de Labores, Petén Suroccidente 2006.

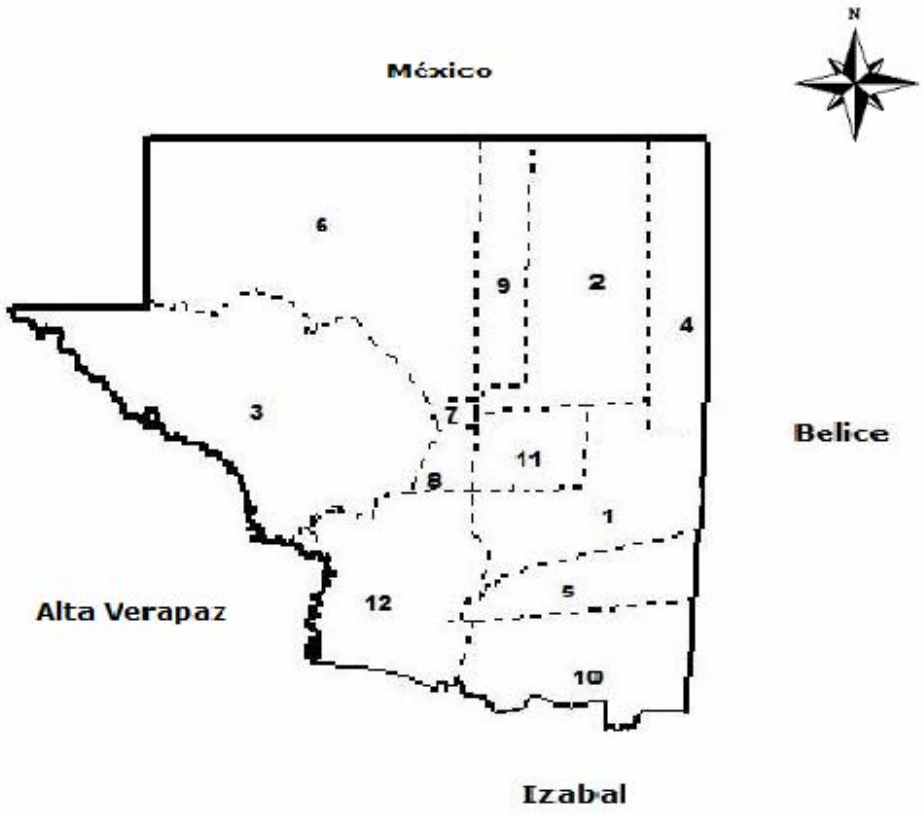
En Petén Suroccidente las principales causas de morbilidad infantil fueron las infecciones respiratorias agudas, seguidas de las diarreas y terminando con los trastornos de la piel y tejidos. (257)

No	Diez Primeras Causas de Mortalidad General	No. Muertes Masculinas	%	No. Muertes Femeninas	%	Total
1	Neumonías y bronconeumonías	41	15.1	32	20.7	73
2	Herida por arma de fuego	56	20.7	6	3.90	62
3	Diarreas	17	6.30	21	13.6	38
4	Traumatismo Múltiples	25	9.26	2	1.30	27
5	Infarto agudo al miocardio	19	7.04	5	3.25	24
6	Accidente cerebrovascular	8	2.96	7	4.55	15
7	Ahogamiento por sumersión	12	4.44	2	1.30	14
8	Cirrosis hepática	7	2.59	6	3.90	13
9	Herida por arma blanca	10	3.70	0	0	10
10	Cáncer de cérvix	0	0	9	5.84	9
	Resto de causas	75	27.7	64	41.5	139
	Total	270	100	154	100	424

Fuente: Memoria de Labores, Petén Suroccidente 2006.

En Petén Suroccidente se reportaron 424 muertes, con una tasa de mortalidad general de 2.90. La primera causa fue la neumonía y bronconeumonía, y en segundo y tercer lugar respectivamente, las heridas por arma de fuego y diarreas. (257)

5.3.4 Croquis del departamento de Petén



1 - Dolores
2 - Flores
3 - La Libertad
4 - Melchor de Mencos
5 - Poptún
6 - San Andrés
7 - San Benito
8 - San Francisco
9 - San José
10 - San Luis
11 - Santa Ana
12 - Sayaxché

Cuadro 1

Distribución de los médicos del departamento de Petén

según edad y sexo, abril 2008

junio, 2008

Grupos de Edad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
< 30	6	5	4	4	10	9
31-40	31	28	16	14	47	42
41-50	21	19	6	5	27	24
51-60	21	19	2	2	23	21
61-70	5	4	0	0	5	4
71-80	0	0	0	0	0	0
> 81	0	0	0	0	0	0
Total	84	75	28	25	112	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 2

Distribución de los médicos del departamento de Petén según estado

conyugal y sexo, abril 2008

junio, 2008

Estado Conyugal	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Solteros	10	9	13	12	23	21
Unidos	6	5	2	2	8	7
Casados	66	59	12	11	78	70
Divorciados	1	1	0	0	1	1
Separados	1	1	0	0	1	1
Viudos	0	0	1	1	1	1
Total	84	75	28	25	112	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 3

Distribución de los médicos del departamento de Petén según localización de residencia y sexo, abril 2008

junio, 2008

Localización de Residencia	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Urbano	82	75	27	25	109	99
Rural	0	0	1	1	1	1
Total	82	75	28	25	110	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 4

Distribución de los médicos del departamento de Petén que laboran o no laboran como médicos según sexo, abril 2008

junio, 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Laboran como médicos	82	73	28	25	110	98
No Laboran como médicos	2	2	0	0	2	2
Total	84	75	28	25	112	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 5

Distribución de los médicos del departamento de Petén que poseen otra profesión u oficio según sexo, abril 2008

junio, 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Comercio	2	100	0	0	2	100
Total	2	100	0	0	2	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 6

Distribución de los médicos del departamento de Petén según número de lugares donde laboran y sexo, abril 2008

junio, 2008

Número de lugares en los que laboran	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
1 lugar	30	27	15	14	45	41
2 lugares	34	31	7	6	41	37
3 lugares	11	10	4	4	15	14
4 lugares	5	5	2	2	7	6
5 lugares	1	1	0	0	1	1
6 lugares	1	1	0	0	1	1
Total	82	75	28	25	110	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 7

Distribución de los médicos del departamento de Petén según lugar, institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Masculino																					
Lugar				Institución										Práctica Profesional							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
82	100	0	0	45	55	1	1	23	28	1	1	12	15	77	94	0	0	1	1	4	5

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 8

Distribución de las médicas del departamento de Petén según lugar, institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Femenino																					
Lugar				Institución										Práctica Profesional							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
27	96	1	4	18	64	0	0	3	11	1	4	6	21	26	93	0	0	0	0	2	7

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 9

Distribución del total de médicos del departamento de Petén según lugar, institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Total																					
Lugar				Institución										Práctica Profesional							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
109	99	1	1	63	57	1	1	26	24	2	2	18	16	103	94	0	0	1	1	6	5

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 10

Distribución de los médicos del departamento de Petén según lugar e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	45	55	0	0	45	55
Autónoma	1	1	0	0	1	1
Privado	23	28	0	0	23	28
ONG	1	1	0	0	1	1
No Institucional	12	15	0	0	12	15
Total	82	100	0	0	82	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 11

Distribución de las médicas del departamento de Petén según lugar e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	17	61	1	4	18	64
Autónoma	0	0	0	0	0	0
Privado	3	11	0	0	3	11
ONG	1	4	0	0	1	4
No Institucional	6	21	0	0	6	21
Total	27	96	1	4	28	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 12

Distribución del total de médicos del departamento de Petén según lugar e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	62	56	1	1	63	57
Autónoma	1	1	0	0	1	1
Privado	26	24	0	0	26	24
ONG	2	2	0	0	2	2
No Institucional	18	16	0	0	19	17
Total	109	99	1	1	110	101

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 13

Distribución de los médicos del departamento de Petén según lugar donde laboran y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Clínico	77	94	0	0	77	94
Docencia	0	0	0	0	0	0
Investigación	1	1	0	0	1	1
Administración	4	5	0	0	4	5
Total	82	100	0	0	82	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 14

Distribución de las médicas del departamento de Petén según lugar donde laboran y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008 junio, 2008

	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Clínico	26	93	0	0	26	93
Docencia	0	0	0	0	0	0
Investigación	0	0	0	0	0	0
Administración	1	4	1	4	2	7
Total	27	96	1	4	28	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 15

Distribución del total de médicos del departamento de Petén según lugar donde laboran y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008 junio, 2008

	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Clínico	103	94	0	0	103	94
Docencia	0	0	0	0	0	0
Investigación	1	1	0	0	1	1
Administración	5	5	1	1	6	5
Total	109	99	1	1	110	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 16

Distribución de los médicos del departamento de Petén según tipo de institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	41	50	0	0	1	1	3	4	45	55
Autónoma	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Privado	23	28	0	0	0	0	0	0	23	28
ONG	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
No Institucional	12	15	0	0	0	0	0	0	12	15
Total	77	94	0	0	1	1	2	4	82	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 17

Distribución de las médicas del departamento de Petén según tipo de institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

	Femenino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	16	57	0	0	0	0	2	7	18	64
Autónoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Privado	3	11	0	0	0	0	0	0	3	11
ONG	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
No Institucional	6	21	0	0	0	0	0	0	6	21
Total	26	93	0	0	0	0	2	7	28	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 18

Distribución del total de médicos del departamento de Petén según tipo de institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	57	52	0	0	1	1	5	5	63	57
Autónoma	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Privado	26	24	0	0	0	0	0	0	26	24
ONG	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2
No Institucional	18	16	0	0	0	0	0	0	18	16
Total	103	94	0	0	1	1	6	5	110	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 19

Distribución de los médicos del departamento de Petén según grado académico que poseen y sexo, abril 2008 junio, 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Sólo Licenciatura	42	31	14	10	56	41
Licenciatura de Médico y Cirujano más otra Licenciatura	0	0	0	0	0	0
Realizando Residencia	9	26	2	1	11	8
Especialidad	35	26	12	9	47	34
Subespecialidad	7	5	1	1	8	6
Maestría	13	9	2	1	15	11
Doctorado	0	0	0	0	0	0
Postdoctorado	0	0	0	0	0	0
Total	106	96	31	23	137	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 20

Distribución de los médicos del departamento de Petén según Universidad que extendió el título de Médico y Cirujano y sexo, abril 2008

junio, 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
USAC	78	70	27	24	105	94
UFM	0	0	0	0	0	0
UMG	0	0	0	0	0	0
Extranjera	6	5	1	1	7	6
Total	84	75	28	25	112	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 21

Distribución de los médicos residentes del departamento de Petén según especialidad y sexo, abril 2008

junio, 2008

Residencia	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	9	0	0	1	9
Cirugía	2	18	0	0	2	18
Ginecología	2	18	0	0	2	18
Pediatría	0	0	2	18	2	18
Radiología	1	9	0	0	1	9
Traumatología	3	27	0	0	3	27
Total	9	82	2	18	11	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 22

Distribución los médicos especialistas del

departamento de Petén según especialidad y sexo, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	2	1	2	2	4
Cirugía	6	13	0	0	6	13
Dermatología	0	0	1	2	1	2
Ginecología	5	11	7	15	12	26
Medicina Interna	5	11	1	2	6	13
Otros	2	4	1	2	3	6
Patología	1	2	0	0	1	2
Pediatría	9	19	0	0	9	19
Radiología	0	0	1	2	1	2
Traumatología	6	13	0	0	6	13
Total	35	74	12	26	47	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 23

Distribución de los médicos especialistas del departamento de Petén según especialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	3	0	0	1	3
Cirugía	6	17	0	0	6	17
Ginecología	5	14	0	0	5	14
Medicina Interna	5	14	0	0	5	14
Otros	2	6	0	0	2	6
Patología	1	3	0	0	1	3
Pediatría	9	26	0	0	9	26
Traumatología	6	17	0	0	6	17
Total	35	100	0	0	35	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 24

Distribución de las médicas especialistas del departamento de Petén según especialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	8	0	0	1	8
Dermatología	1	8	0	0	1	8
Ginecología	7	58	0	0	7	58
Medicina Interna	1	8	0	0	1	8
Otros	1	8	0	0	1	8
Radiología	0	0	1	8	1	8
Total	11	92	1	8	12	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 25

Distribución del total de médicos especialistas del departamento de Petén según especialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	2	4	0	0	2	4
Cirugía	6	13	0	0	6	13
Dermatología	1	2	0	0	1	2
Ginecología	12	26	0	0	12	26
Medicina Interna	6	13	0	0	6	13
Otros	3	6	0	0	3	6
Patología	1	2	0	0	1	2
Pediatría	9	19	0	0	9	19
Radiología	0	0	1	2	1	2
Traumatología	6	13	0	0	6	13
Total	46	98	1	2	47	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 26

Distribución de los médicos especialistas del departamento de Petén según especialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Masculino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Cirugía General	3	9	0	0	2	6	0	0	1	3	6	17
Ginecología	1	3	0	0	3	9	0	0	1	3	5	14
Medicina Interna	2	6	0	0	2	6	0	0	1	3	5	14
Otros	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6
Patología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	3
Pediatría	5	14	0	0	3	9	0	0	1	3	9	26
Traumatología	2	6	0	0	3	9	0	0	1	3	6	17
Total	16	46	0	0	13	37	0	0	6	17	35	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 27

Distribución de las médicas especialistas del departamento de Petén según especialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Femenino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	1	8
Dermatología	0	0	0	0	1	8	0	0	0	0	1	8
Ginecología	4	33	0	0	1	8	0	0	2	17	7	58
Medicina Interna	0	0	0	0	1	8	0	0	0	0	1	8
Otros	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8
Radiología	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8
Total	6	50	0	0	3	25	0	0	3	25	12	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 28

Distribución del total de médicos especialistas del departamento de Petén según especialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Total											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2	2	4
Cirugía General	3	6	0	0	2	4	0	0	1	2	6	13
Dermatología	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2
Ginecología	5	11	0	0	4	9	0	0	3	6	12	26
Medicina Interna	2	4	0	0	3	6	0	0	1	2	6	13
Otros	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6
Patología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2
Pediatría	5	11	0	0	3	6	0	0	1	2	9	19
Radiología	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Traumatología	2	4	0	0	3	6	0	0	1	2	6	13
Total	22	47	0	0	16	34	0	0	9	19	47	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 29

Distribución de los médicos especialistas del departamento de Petén según especialidad y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3
Cirugía General	6	17	0	0	0	0	0	0	6	17
Ginecología	5	14	0	0	0	0	0	0	5	14
Medicina Interna	5	14	0	0	0	0	0	0	5	14
Otros	1	3	0	0	1	3	0	0	2	6
Patología	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3
Pediatría	9	26	0	0	0	0	0	0	9	26
Traumatología	6	17	0	0	0	0	0	0	6	17
Total	34	97	0	0	1	3	0	0	35	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 30

Distribución de las médicas especialistas del departamento de Petén según especialidad y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Femenino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	8	0	0	0	0	0	0	1	8
Dermatología	1	8	0	0	0	0	0	0	1	8
Ginecología	7	58	0	0	0	0	0	0	7	58
Medicina Interna	1	8	0	0	0	0	0	0	1	8
Otros	0	0	0	0	1	8	0	0	1	8
Radiología	0	0	0	0	0	0	1	8	1	8
Total	10	83	0	0	1	8	1	8	12	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 31

Distribución del total de médicos especialistas del departamento de Petén según especialidad y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	2	4	0	0	0	0	0	0	2	4
Cirugía General	6	13	0	0	0	0	0	0	6	13
Dermatología	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
Ginecología	12	26	0	0	0	0	0	0	12	26
Medicina Interna	6	13	0	0	0	0	0	0	6	13
Otros	1	2	0	0	1	2	1	2	3	6
Patología	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
Pediatría	9	19	0	0	0	0	0	0	9	19
Radiología	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2
Traumatología	6	13	0	0	0	0	0	0	6	13
Total	44	94	0	0	1	2	2	4	47	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 32

Distribución de los médicos subespecialistas del departamento de Petén según subespecialidad y sexo, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía de Columna	1	13	0	0	1	13
Gastroenterología	1	13	0	0	1	13
Genetista	1	13	0	0	1	13
Infertología	1	13	0	0	1	13
Neonatología	1	13	0	0	1	13
Otros	2	25	1	13	3	38
Total	7	88	1	13	8	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 33

Distribución de los médicos subespecialistas del departamento de Petén según subespecialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía de Columna	1	14	0	0	1	14
Gastroenterología	1	14	0	0	1	14
Genetista	1	14	0	0	1	14
Infertología	1	14	0	0	1	14
Neonatología	1	14	0	0	1	14
Otros	2	29	0	0	2	29
Total	7	100	0	0	7	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 34

Distribución de las médicas subespecialistas del departamento de Petén según subespecialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Otros	1	100	0	0	1	100
Total	1	100	0	0	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 35

Distribución del total de médicos subespecialistas del departamento de Petén según subespecialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Cirugía de Columna	1	13	0	0	1	13
Gastroenterología	1	13	0	0	1	13
Genética	1	13	0	0	1	13
Infertología	1	13	0	0	1	13
Neonatología	1	13	0	0	1	13
Otros	3	38	0	0	3	38
Total	8	100	0	0	8	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 36

Distribución de los médicos subespecialistas del departamento de Petén según subespecialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Masculino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía de Columna	0	0	0	0	1	14	0	0	0	0	1	14
Gastroenterología	0	0	0	0	1	14	0	0	0	0	1	14
Genética	1	14	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14
Infertología	0	0	0	0	1	14	0	0	0	0	1	14
Neonatología	1	14	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14
Otros	1	14	0	0	1	14	0	0	0	0	2	28
Total	3	43	0	0	4	57	0	0	0	0	7	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 37

Distribución de las médicas subespecialistas del departamento de Petén según subespecialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Femenino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Otros	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100
Total	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 38

Distribución del total de médicos subespecialistas del departamento de Petén según subespecialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Total											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
Cirugía de Columna	0	0	0	0	1	13	0	0	0	0	1	13
Gastroenterología	0	0	0	0	1	13	0	0	0	0	1	13
Genética	1	13	0	0	0	0	0	0	0	0	1	13
Infertología	0	0	0	0	1	13	0	0	0	0	1	13
Neonatología	1	13	0	0	0	0	0	0	0	0	1	13
Otros	1	13	0	0	2	25	0	0	0	0	3	38
Total	3	38	0	0	5	63	0	0	0	0	8	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 39

Distribución de los médicos subespecialistas del departamento de Petén según subespecialidad y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía de Columna	1	14	0	0	0	0	0	0	1	14
Gastroenterología	1	14	0	0	0	0	0	0	1	14
Genética	1	14	0	0	0	0	0	0	1	14
Infertología	1	14	0	0	0	0	0	0	1	14
Neonatología	1	14	0	0	0	0	0	0	1	14
Otros	2	29	0	0	0	0	0	0	2	29
Total	7	100	0	0	0	0	0	0	7	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 40

Distribución de las médicas subespecialistas del departamento de Petén según subespecialidad y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Femenino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Otros	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100
Total	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 41

Distribución del total de médicos subespecialistas del departamento de Petén según subespecialidad y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cirugía de Columna	1	13	0	0	0	0	0	0	1	13
Gastroenterología	1	13	0	0	0	0	0	0	1	13
Genética	1	13	0	0	0	0	0	0	1	13
Infertología	1	13	0	0	0	0	0	0	1	13
Neonatología	1	13	0	0	0	0	0	0	1	13
Otros	3	38	0	0	0	0	0	0	3	38
Total	8	100	0	0	0	0	0	0	8	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 42

Distribución de los médicos que poseen maestría del departamento de Petén según maestría y sexo, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Administración Pública	1	6	0	0	1	6
Epidemiología	3	18	1	6	4	22
Gerencia de Hospitales	1	6	0	0	1	6
Gestión en Salud	2	12	0	0	2	12
Medicina Forense	2	12	0	0	2	12
Medicina Legal	1	6	0	0	1	6
Cirugía de	1	6	0	0	1	6
Enfermedades	1	6	0	0	1	6
Salud Pública	2	12	1	6	3	18
Videolaparoscopía	1	6	0	0	1	8
Total	15	88	2	100	17	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección person

Cuadro 43

Distribución de los médicos que poseen maestría del departamento de Petén según maestría y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Administración Pública	1	6	0	0	1	7
Epidemiología	4	24	0	0	3	21
Gerencia de Hospitales	1	6	0	0	1	7
Gestión en Salud	2	12	0	0	2	14
Medicina Forense	2	12	0	0	2	14
Medicina Legal	1	6	0	0	1	7
Cirugía de	1	6	0	0	1	7
Enfermedades	1	6	0	0	1	7
Salud Pública	3	18	0	0	2	14
Videolaparoscopía	1	6	0	0	1	7
Total	17	100	0	0	17	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección person

Cuadro 44

Distribución de las médicas que poseen maestría del departamento de Petén según maestría y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Epidemiología	1	50	0	0	1	50
Salud Pública	1	50	0	0	1	50
Total	2	100	0	0	1	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 45

Distribución del total de médicos que poseen maestría del departamento de Petén según maestría y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Administración Pública	1	6	0	0	1	7
Epidemiología	4	24	0	0	4	21
Gerencia de Hospitales	1	6	0	0	1	7
Gestión en Salud	2	12	0	0	2	14
Medicina Forense	2	12	0	0	2	14
Medicina Legal	1	6	0	0	1	7
Cirugía de	1	6	0	0	1	7
Enfermedades	1	6	0	0	1	7
Salud Pública	3	18	0	0	3	14
Videolaparoscopía	1	6	0	0	1	7
Total	17	100	0	0	17	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección person

Cuadro 46

Distribución de los médicos que poseen maestría del departamento de Petén según maestría y tipo de institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Masculino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Pública	0	0	0	0	1	7	0	0	0	0	1	7
Epidemiología	3	20	0	0	0	0	0	0	0	0	3	20
Gerencia de Hospitales	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7
Gestión en Salud	2	13	0	0	0	0	0	0	0	0	2	13
Medicina Forense	0	0	1	7	0	0	1	7	0	0	2	13
Medicina Legal	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7
Cirugía de	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7
Enfermedades	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7
Salud Pública	2	13	0	0	1	0	0	0	0	0	1	7
Videolaparoscopía	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7
Total	12	80	1	7	2	13	1	7	0	0	15	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 47

Distribución de las médicas que poseen maestría del departamento de Petén según maestría y tipo de institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Femenino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Epidemiología	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50
Salud Pública	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50
Total	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 48

Distribución del total de médicos que poseen maestría del departamento de Petén según maestría y tipo de institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	TOTAL											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Pública	0	0	0	0	1	6	0	0	0	0	0	0
Epidemiología	4	24	0	0	0	0	0	0	0	0	4	24
Gerencia de Hospitales	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Gestión en Salud	2	12	0	0	0	0	0	0	0	0	2	12
Medicina Forense	0	0	1	6	0	0	1	6	0	0	0	0
Medicina Legal	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Cirugía de	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Enfermedades	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Salud Pública	2	12	0	0	1	6	0	0	0	0	3	18
Videolaparoscopía	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Total	13	76	1	6	2	12	1	6	0	0	17	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 49

Distribución de los médicos que poseen maestría del departamento de Petén según maestría y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Pública	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Epidemiología	2	13	0	0	0	0	1	7	3	20
Gerencia de Hospitales	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Gestión en Salud	2	13	0	0	0	0	0	0	2	13
Medicina Forense	1	7	0	0	0	0	1	7	2	13
Medicina Legal	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Cirugía de	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Enfermedades	0	0	0	0	0	0	1	7	0	0
Salud Pública	2	13	0	0	0	0	0	0	2	13
Videolaparoscopía	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Total	12	80	0	0	0	0	3	0	15	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 50

Distribución de las médicas que poseen maestría del departamento de Petén según maestría y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Femenino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Epidemiología	1	50	0	0	0	0	0	0	1	50
Salud Pública	1	50	0	0	0	0	0	0	1	50
Total	2	100	0	0	0	0	0	0	2	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 51

Distribución del total de médicos que poseen maestría del departamento de Petén según maestría y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración Pública	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Epidemiología	3	18	0	0	0	0	1	6	4	24
Gerencia de Hospitales	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Gestión en Salud	2	12	0	0	0	0	0	0	2	12
Medicina Forense	1	6	0	0	0	0	1	6	2	12
Medicina Legal	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Cirugía de	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Enfermedades	0	0	0	0	0	0	1	6	0	0
Salud Pública	3	18	0	0	0	0	0	0	3	18
Videolaparoscopía	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Total	14	82	0	0	0	0	3	0	17	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 52
Distribución de los médicos que poseen doctorado del departamento de Petén según doctorado y sexo, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 53
Distribución de los médicos que poseen doctorado del departamento de Petén según doctorado y lugar donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 54
Distribución de las médicas que poseen doctorado del departamento de Petén según doctorado y lugar donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 55
Distribución del total de médicos que poseen doctorado del departamento de Petén según doctorado y lugar donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 56
Distribución de los médicos que poseen doctorado del departamento de Petén según doctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 57
Distribución de las médicas que poseen doctorado del departamento de Petén según doctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 58
Distribución del total de médicos que poseen doctorado del departamento de Petén según doctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 59
Distribución del total de médicos que poseen doctorado del departamento de Petén según doctorado y tipo práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 60
Distribución de las médicas que poseen doctorado del departamento de Petén según doctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 61
Distribución del total de médicos que poseen doctorado del departamento de Petén según doctorado y tipo práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 62
Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Petén según postdoctorado y sexo, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 63
Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Petén según postdoctorado y lugar donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 64
Distribución de las médicas que poseen postdoctorado del departamento de Petén según postdoctorado y lugar en donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 65
Distribución del total de médicos que poseen postdoctorado del departamento de Petén según postdoctorado y lugar donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 66
Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Petén según postdoctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 67
Distribución de las médicas que poseen postdoctorado del departamento de Petén según postdoctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 68
Distribución del total de médicos que poseen postdoctorado del departamento de Petén según postdoctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 69
Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Petén según postdoctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 70
Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Petén según postdoctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 71
Distribución del total de médicos que poseen postdoctorado del departamento de Petén según postdoctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

5.4 Zacapa

5.4.1 Datos Demográficos

El Departamento de Zacapa se encuentra ubicado en el área Oriental del país. Limita al Norte con el departamento de Alta Verapaz e Izabal, al Sur con el departamento de Zacapa y Jalapa, y al Oeste con el departamento de Progreso y al Este con la República de Honduras. Posee una extensión territorial de 2690 km^2 y una población de 213,313[1] habitantes. Su cabecera departamental es el departamento Zacapa. (245)

Según el historiador Fuentes y Guzmán, el nombre de Zacapa proviene del nahualt “zacatil=yerba o zacate y “apan” = en el rio. Es decir Zacapa significa sobre el rio del zacate o de la yerba. En su región predomina el idioma Español. (245)

5.4.2 Datos Históricos

El departamento de Zacapa, fue creado por decreto número 31 del Ejecutivo, el 10 de noviembre de 1871. El capitán don Francisco Antonio de Fuentes y Guzmán, anotó en su Recordación Florida que los poblados de lo que en la actualidad es la parte oeste del país quedaron pacificados por abril de 1530, todavía una década más tarde se consideraban alzados en su mayor parte. Además, en la obra publicada, las citas del cronista en torno a las Actas de Cabildo, no guardan relación entre sí, lo que ha dificultado la investigación al tratar de comprobar hechos acontecidos durante los decenios siguientes a la llegada de los españoles al país en 1524. (245)

Conforme a documentos que existen en el Archivo General de Centroamérica de 1535 se hace mención del poblado de Zacatlán o Cacitlán, que es la actual cabecera de Zacapa, mencionada también con ese nombre. Es posible que la evangelización que siguió a los encomendaderos, se haya iniciado por la cuarta década del

[1] Proyección para año 2008, INE

siglo XVI. Es asimismo que el Corregimiento de Zacapa se haya formado promediando el siglo XVI, no habiendo encontrado a la fecha documentación al respecto, ya que los

respectivos nombramientos para Corregidores se principiaron a expedir desde 1545. (245)

No se ha localizado a la fecha en que el territorio que actualmente ocupa el departamento, haya sido incorporado al Corregimiento de Cazabastlán ni al de Zacapa de la Sierra. (245)

Al cual correspondía por la época en que Juarros publicó su obra a principios del siglo XIX. Durante el período hispánico se conoció la cabecera departamental como San Pedro Zacapa. (245)

5.4.3 Datos en Salud

Demografía	Total
Población total 2008	213,313[1]
Población migrante	20908
Total de Nacimientos 2,005	5049
Total de Nacimientos 2,006	4850
Tasa de Natalidad	23,19
Crecimiento Vegetativo	18,99
Tasa de Fecundidad	76,00
No. de Mortinatos	44

Fuente: Memoria de labores. Zacapa 2006.

El total de Nacimientos para el año 2006 fue de 4850 niños; menor a la del año 2005 que fue de 5,049 niños. El departamento presenta una tasa de natalidad de 23.19 (x 1000) y una tasa de fecundidad de 76. Con una tasa de mortalidad general en 4, Zacapa presenta una tasa de crecimiento vegetativo de 18.99. (262)

[1] Proyecciones para 2008, INE

No	Diez Primeras Causas de Morbilidad General de las Enfermedades Transmisibles	Frecuencia Masculinos	%	Frecuencia Femeninos	%	Total
1	Resfriado Común	6903	28	8753	30	15656
2	Parasitismo Intestinal	6474	27	7622	25	14096
3	Amigdalitis Aguda	3882	16	5118	17	9000
4	Diarrea	3939	16	4060	13	7999
5	Neumonía	1816	7,33	1899	6	3715
6	Conjuntivitis	954	3,85	1124	3	2078
7	Varicela	152	0,61	184	0,62	336
8	Dengue Clásico Clínico	170	0,69	117	0,40	287
9	Herpes Zoster Sin complicaciones	74	0,30	83	0,28	157
10	Hepatitis Viral	69	0,28	81	0,28	150
RESTO DE CAUSAS		329	1,33	413	1,40	742
TOTAL DE CAUSAS		24762	100	29454	100	54216

Fuente: Memoria de labores. Zacapa 2006.

Respecto a la morbilidad general, las 3 primeras causas de enfermedades transmisibles, corresponden a infecciones respiratorias agudas, parasitismo intestinal y bronconeumonías, no existiendo una diferencia significativa entre sexo. (262)

No	Diez Primeras Causas de Morbilidad General de las Enfermedades No Transmisibles	Frecuencia Masculinos	%	Frecuencia Femeninos	%	Total
1	Infección de Vías Urinarias	1696	5	6233	10	7929
2	Anemia no especificada	2399	7	4816	7	7215
3	Gastritis No Especificada	1376	4	4651	7	6027
4	Impétigo	2086	6	2444	4	4530
5	Caries Dental	1822	5	2473	4	4295
6	Cefalea	1023	3	2748	4	3771
7	Micosis no Especificada	1448	4	2185	3	3633
8	Otitis Media no Especificada	1222	3	1679	3	2901
9	Artritis no especificada	1005	3	1711	3	2716
10	Hipertensión Esencial	708	2	1937	3	2645
	RESTO DE CAUSAS	20783	59	34450	53	55233
	TOTAL DE CAUSAS	35568	100	65327	100	100895

Fuente: Memoria de labores. Zacapa 2006.

Entre las primeras causas de morbilidad en enfermedades no transmisibles encontramos a las Infecciones del Tracto Urinario, anemia no específica y a la enfermedad péptica como prevalentes en la población. (262)

No	Diez Primeras Causas de Morbilidad Infantil	Número de Casos	%
1	Rinofaringitis Aguda	2543	25,22
2	Diarrea	1737	17,23
3	Neumonía y bronconeumonía	1101	10,92
4	amigdalitis no especificada	523	5,19
5	Impétigo	469	4,65
6	parasitismo intestinal	333	3,30
7	Dermatitis no especificada	276	2,74
8	Conjuntivitis no especificada	247	2,45
9	Anemia	206	2,04
10	Otitis media	174	1,73
	RESTO DE CAUSAS	2473	24,53
	TOTAL DE CAUSAS	10082	100,00

Fuente: Memoria de labores. Zacapa 2006.

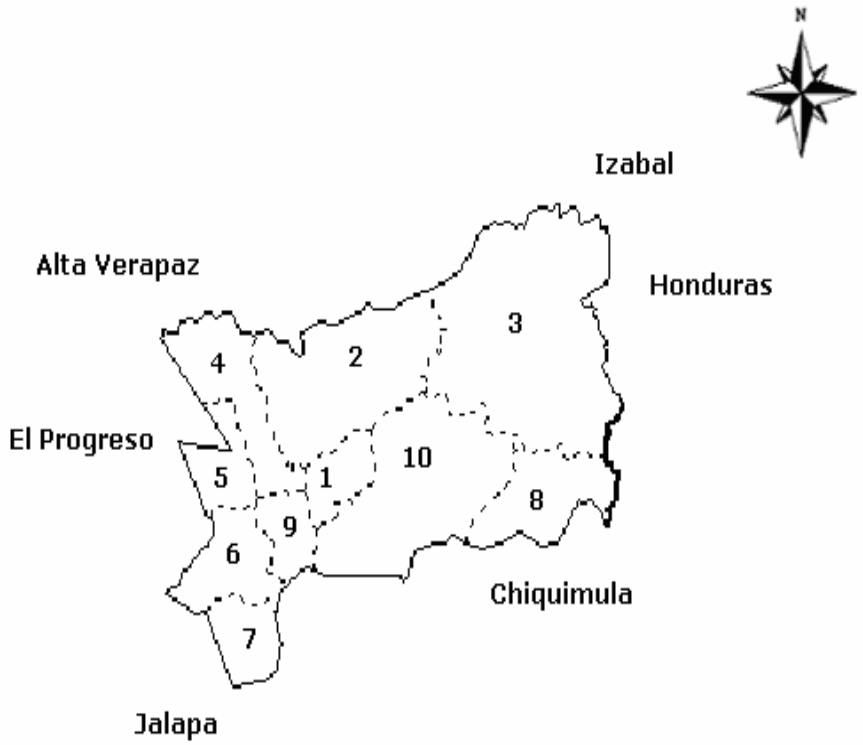
Al igual que en la población adulta, la población infantil presenta infecciones respiratorias agudas, diarreas, neumonías y bronconeumonías como las 3 causas principales de morbilidad. (262)

No	Diez Primeras Causas de Mortalidad General	No Muertes Masculinas	%	No Muertes Femeninas	%	Total
1	Infarto Agudo Miocardio	85	16	58	17	143
2	HPAF	45	8	4	1	49
3	ACV	29	5	18	5	47
4	Hipertensión Esencial	21	4	20	6	41
5	Neumonía	30	6	10	3	40
6	ICC	16	3	21	6	37
7	Diabetes Mellitus	22	4	13	4	35
8	TCE	29	5	2	0,6	31
9	Paro CR	16	3	9	3	25
10	CA de Estomago	9	2	8	2	17
RESTO DE CAUSAS		242	44	179	52	421
TOTAL DE CAUSAS		544	100	342	100	886

Fuente: Memoria de labores. Zacapa 2006.

Las 3 primeras causas de mortalidad general son: Infarto Agudo al Miocardio, Herida por arma de Fuego y Accidente cerebro vascular. (262)

5.4.4 Croquis del Departamento de Zacapa



1. Cabañas
2. Estanzuela
3. Gualán
4. Huité
5. La Unión
6. Río Hondo
7. San Diego
8. Teculután
9. Usumatlán
10. Zacapa

Cuadro 1

Distribución de los médicos del departamento de Zacapa

según edad y sexo, abril 2008

junio, 2008

Grupos de Edad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
< 30	6	5	11	9	17	14
31-40	10	8	14	12	24	20
41-50	31	26	13	11	44	37
51-60	24	20	4	3	28	24
61-70	4	3	0	0	4	3
71-80	1	1	0	0	1	1
> 81	0	0	0	0	0	0
Total	76	64	42	36	118	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 2

Distribución de los médicos del departamento de Zacapa según

estado conyugal y sexo, abril 2008

junio, 2008

Estado Conyugal	Masculino		Femenino		Total	
	f	**%**	***f***	**%**	***f***	**%**
Solteros	9	8	22	19	31	26
Unidos	2	2	2	2	4	3
Casados	65	55	16	14	81	69
Divorciados	0	0	0	0	0	0
Separados	0	0	2	2	2	2
Viudos	0	0	0	0	0	0
Total	76	64	42	36	118	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 3

Distribución de los médicos del departamento de Zacapa según localización de residencia y sexo, abril 2008

junio, 2008

Localización de Residencia	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Urbano	76	64	42	36	118	100
Rural	0	0	0	0	0	0
Total	76	64	42	36	118	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 4

Distribución de los médicos del departamento de Zacapa que laboran o no laboran como médicos según sexo, abril 2008

junio, 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Laboran como médicos	76	64	42	36	118	100
No Laboran como médicos	0	0	0	0	0	0
Total	76	64	42	36	118	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 5

Distribución de los médicos del departamento de Zacapa que poseen otra profesión u oficio según sexo, abril 2008

junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 6

Distribución de los médicos del departamento de Zacapa según número de lugares donde laboran y sexo, abril 2008

junio, 2008

Número de Lugares donde Laboran	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
1 lugar	31	26	20	17	51	43
2 lugares	25	21	16	14	41	35
3 lugares	18	15	3	3	21	18
4 lugares	2	2	2	2	4	3
5 lugares	0	0	1	1	1	1
Total	76	64	42	36	118	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección person

Cuadro 7

Distribución de los médicos del departamento de Zacapa según lugar, institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Masculino																					
Lugar				Institución										Práctica Profesional							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
76	100	0	0	27	36	7	9	17	22	0	0	25	33	74	97	0	0	0	0	2	3

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 8

Distribución de las médicas del departamento de Zacapa según lugar, institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Femenino																					
Lugar				Institución										Práctica Profesional							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
42	100	0	0	14	33	9	21	10	24	1	2	8	19	41	98	0	0	0	0	1	2

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 9

Distribución del total de médicos del departamento de Zacapa según lugar, institución y práctica profesional del lugar prioritario donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Total																					
Lugar				Institución										Práctica Profesional							
Urbano		Rural		Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Clínica		Docencia		Investigación		Administración	
f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
118	100	0	0	41	35	16	14	27	23	1	1	33	28	115	97	0	0	0	0	3	3

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 10

Distribución de los médicos del departamento de Zacapa según lugar e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	27	36	0	0	27	36
Autónoma	7	9	0	0	7	9
Privado	17	22	0	0	17	22
ONG	0	0	0	0	0	0
No Institucional	25	33	0	0	25	33
Total	76	100	0	0	76	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 11

Distribución de las médicas del departamento de Zacapa según lugar e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	14	33	0	0	14	33
Autónoma	9	21	0	0	9	21
Privado	10	24	0	0	10	24
ONG	1	2	0	0	1	2
No Institucional	8	19	0	0	8	19
Total	42	100	0	0	42	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 12

Distribución del total de médicos del departamento de Zacapa según lugar e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	41	35	0	0	41	35
Autónoma	16	14	0	0	16	14
Privado	27	23	0	0	27	23
ONG	1	1	0	0	1	1
No Institucional	33	28	0	0	33	28
Total	118	100	0	0	118	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 13

Distribución de los médicos del departamento de Zacapa según lugar donde laboran y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Clínico	74	97	0	0	74	97
Docencia	0	0	0	0	0	0
Investigación	0	0	0	0	0	0
Administración	2	3	0	0	2	3
Total	76	100	0	0	76	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 14

Distribución de las médicas del departamento de Zacapa según lugar donde laboran y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008 junio, 2008

	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Clínico	41	98	0	0	41	98
Docencia	0	0	0	0	0	0
Investigación	0	0	0	0	0	0
Administración	1	2	0	0	1	2
Total	42	100	0	0	42	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 15

Distribución del total de médicos del departamento de Zacapa según lugar donde laboran y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008 junio, 2008

	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Clínico	115	97	0	0	115	97
Docencia	0	0	0	0	0	0
Investigación	0	0	0	0	0	0
Administración	3	3	0	0	3	3
Total	118	100	0	0	118	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 16

Distribución de los médicos del departamento de Zacapa según tipo de institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	26	34	0	0	0	0	1	1	27	36
Autónoma	6	8	0	0	0	0	1	1	7	9
Privado	17	22	0	0	0	0	0	0	17	22
ONG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No Institucional	25	33	0	0	0	0	0	0	25	33
Total	74	97	0	0	0	0	2	3	76	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 17

Distribución de las médicas del departamento de Zacapa según tipo de institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

	Femenino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	13	31	0	0	0	0	1	2	14	33
Autónoma	9	21	0	0	0	0	0	0	9	21
Privado	10	24	0	0	0	0	0	0	10	24
ONG	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
No Institucional	8	19	0	0	0	0	0	0	8	19
Total	41	98	0	0	0	0	1	2	42	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 18

Distribución del total de médicos del departamento de Zacapa según tipo de institución donde laboran y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Estatal	39	33	0	0	0	0	2	2	41	35
Autónoma	15	13	0	0	0	0	1	1	16	14
Privado	27	23	0	0	0	0	0	0	27	23
ONG	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
No Institucional	33	28	0	0	0	0	0	0	33	28
Total	115	97	0	0	0	0	3	3	118	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 19

Distribución de los médicos del departamento de Zacapa según grado académico que poseen y sexo, abril 2008 junio, 2008

Grado Académico	Masculino		Femenino		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Sólo Licenciatura	37	23.13	21	13.13	58	36.25
Licenciatura de Médico y Cirujano más otra Licenciatura	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Realizando Residencia	4	2.50	5	3.13	9	5.63
Especialidad	42	26.25	18	11.25	60	37.50
Subespecialidad	6	3.75	2	1.25	8	5.00
Maestría	15	9.38	8	5.00	23	14.38
Doctorado	2	1.25	0	0.00	2	1.25
Postdoctorado	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	106	66.25	54	33.75	160	100.00

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 20

Distribución de los médicos del departamento de Zacapa según Universidad que extendió el título de Médico y Cirujano y sexo, abril 2008

junio, 2008

	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
USAC	74	63	38	32	112	95
UFM	2	2	1	1	3	3
UMG	0	0	0	0	0	0
Extranjera	0	0	3	3	3	3
Total	76	64	42	36	118	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 21

Distribución de los médicos residentes del departamento de Zacapa según especialidad y sexo, abril 2008

junio, 2008

Residencia	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	0	0	1	11	1	11
Cirugía	2	22	0	0	2	22
Dermatología	0	0	1	11	1	11
Ginecología	0	0	2	22	2	22
Medicina	2	22	0	0	2	22
Pediatría	0	0	1	11	1	11
Total	4	44	5	56	9	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 22

Distribución de los médicos especialistas del departamento de Zacapa según especialidad y sexo, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	2	3	5	4	7
Cirugía	6	10	1	2	7	12
Dermatología	0	0	1	2	1	2
Ginecología y Obstetricia	12	20	5	8	17	28
Medicina	7	12	1	2	8	13
Oftalmología	2	3	0	0	2	3
Otros	2	3	1	2	3	5
Patología	1	2	1	2	2	3
Pediatría	6	10	4	7	10	17
Radiología	1	2	1	2	2	3
Traumatología	4	7	0	0	4	7
Total	42	70	18	30	60	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 23

Distribución de los médicos especialistas del departamento de Zacapa según especialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	2	0	0	1	2
Cirugía	6	14	0	0	6	14
Dermatología	0	0	0	0	0	0
Ginecología y Obstetricia	12	29	0	0	12	29
Medicina	7	17	0	0	7	17
Oftalmología	2	5	0	0	2	5
Otros	2	5	0	0	2	5
Patología	1	2	0	0	1	2
Pediatría	6	14	0	0	6	14
Radiología	1	2	0	0	1	2
Traumatología	4	10	0	0	4	10
Total	42	100	0	0	42	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 24

Distribución de las médicas especialistas del departamento de Zacapa según especialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	3	17	0	0	3	17
Cirugía	1	6	0	0	1	6
Dermatología	1	6	0	0	1	6
Ginecología y Obstetricia	5	28	0	0	5	28
Medicina	1	6	0	0	1	6
Oftalmología	0	0	0	0	0	0
Otros	1	6	0	0	1	6
Patología	1	6	0	0	1	6
Pediatría	4	22	0	0	4	22
Radiología	1	6	0	0	1	6
Traumatología	0	0	0	0	0	0
Total	18	100	0	0	18	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 25

Distribución del total de médicos especialistas del departamento de Zacapa según especialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	4	7	0	0	4	7
Cirugía	7	12	0	0	7	12
Dermatología	1	2	0	0	1	2
Ginecología y Obstetricia	17	28	0	0	17	28
Medicina	8	13	0	0	8	13
Oftalmología	2	3	0	0	2	3
Otros	3	5	0	0	3	5
Patología	2	3	0	0	2	3
Pediatría	10	17	0	0	10	17
Radiología	2	3	0	0	2	3
Traumatología	4	7	0	0	4	7
Total	60	100	0	0	60	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 26

Distribución de los médicos especialistas del departamento de Zacapa según especialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Masculino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2
Cirugía	0	0	0	0	3	7	0	0	3	7	6	14
Dermatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ginecología y Obstetricia	4	10	1	2	1	2	0	0	6	14	12	29
Medicina	2	5	0	0	2	5	0	0	3	7	7	17
Oftalmología	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2	2	5
Otros	1	2	0	0	1	2	0	0	0	0	2	5
Patología	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Pediatría	3	7	0	0	2	5	0	0	1	2	6	14
Radiología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2
Traumatología	1	2	0	0	1	2	0	0	2	5	4	10
Total	12	29	1	2	12	29	0	0	17	40	42	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 27

Distribución de las médicas especialistas del departamento de Zacapa según especialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Femenino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	6	1	6	1	6	0	0	0	0	3	17
Cirugía	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Dermatología	0	0	0	0	1	6	0	0	0	0	1	6
Ginecología y Obstetricia	0	0	0	0	3	17	0	0	2	11	5	28
Medicina	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	6
Oftalmología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Patología	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Pediatría	2	11	0	0	0	0	0	0	2	11	4	22
Radiología	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Traumatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	7	39	1	6	5	28	0	0	5	28	18	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 28

Distribución del total de médicos especialistas del departamento de Zacapa según especialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Total											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	2	1	2	2	3	0	0	0	0	4	7
Cirugía	1	2	0	0	3	5	0	0	3	5	7	12
Dermatología	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2
Ginecología y Obstetricia	4	7	1	2	4	7	0	0	8	13	17	28
Medicina	2	3	0	0	2	3	0	0	4	7	8	13
Oftalmología	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2	2	3
Otros	2	3	0	0	1	2	0	0	0	0	3	5
Patología	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
Pediatría	5	8	0	0	2	3	0	0	3	5	10	17
Radiología	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2	2	3
Traumatología	1	2	0	0	1	2	0	0	2	3	4	7
Total	19	32	2	3	17	28	0	0	0	37	60	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 29

Distribución de los médicos especialistas del departamento de Zacapa según especialidad y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
Cirugía	6	14	0	0	0	0	0	0	6	14
Dermatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ginecología y Obstetricia	12	29	0	0	0	0	0	0	12	29
Medicina	7	17	0	0	0	0	0	0	7	17
Oftalmología	2	5	0	0	0	0	0	0	2	5
Otros	2	5	0	0	0	0	0	0	2	5
Patología	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
Pediatría	6	14	0	0	0	0	0	0	6	14
Radiología	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
Traumatología	4	10	0	0	0	0	0	0	4	10
Total	42	100	0	0	0	0	0	0	42	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 30

Distribución de las médicas especialistas del departamento de Zacapa según especialidad y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Femenino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Anestesiología	3	17	0	0	0	0	0	0	3	17
Cirugía	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Dermatología	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Ginecología y Obstetricia	5	28	0	0	0	0	0	0	5	28
Medicina	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Oftalmología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Patología	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Pediatría	4	22	0	0	0	0	0	0	4	22
Radiología	1	6	0	0	0	0	0	0	1	6
Traumatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	18	100	0	0	0	0	0	0	18	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 31

Distribución del total de médicos especialistas del departamento de Zacapa según especialidad y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Especialidad	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Anestesiología	4	7	0	0	0	0	0	0	4	7
Cirugía	7	12	0	0	0	0	0	0	7	12
Dermatología	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
Ginecología y Obstetricia	17	28	0	0	0	0	0	0	17	28
Medicina	8	13	0	0	0	0	0	0	8	13
Oftalmología	2	3	0	0	0	0	0	0	2	3
Otros	3	5	0	0	0	0	0	0	3	5
Patología	2	3	0	0	0	0	0	0	2	3
Pediatría	10	17	0	0	0	0	0	0	10	17
Radiología	2	3	0	0	0	0	0	0	2	3
Traumatología	4	7	0	0	0	0	0	0	4	7
Total	60	100	0	0	0	0	0	0	60	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 32

Distribución de los médicos subespecialistas del departamento de Zacapa según subespecialidad y sexo, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Cardiología	1	13	0	0	1	13
Cirugía Oncológica	1	13	0	0	1	13
Gastroenterología	0	0	1	13	1	13
Neurología	1	13	0	0	1	13
Colposcopia	1	13	1	13	2	25
Neuro Anestesia	1	13	0	0	1	13
Cirugía de Rodilla	1	13	0	0	1	13
Total	6	75	2	25	8	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 33

Distribución de los médicos subespecialistas del departamento de Zacapa según subespecialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Cardiología	1	17	0	0	1	17
Cirugía Oncológica	1	17	0	0	1	17
Gastroenterología	0	0	0	0	0	0
Neurología	1	17	0	0	1	17
Otros	3	50	0	0	3	50
Total	6	100	0	0	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 34

Distribución de las médicas subespecialistas del departamento de Zacapa según subespecialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Cardiología	0	0	0	0	0	0
Cirugía Oncológica	0	0	0	0	0	0
Gastroenterología	1	50	0	0	1	50
Neurología	0	0	0	0	0	0
Otros	1	50	0	0	1	50
Total	2	100	0	0	2	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 35

Distribución del total de médicos subespecialistas del departamento de Zacapa según subespecialidad y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Cardiología	1	13	0	0	1	13
Cirugía Oncológica	1	13	0	0	1	13
Gastroenterología	1	13	0	0	1	13
Neurología	1	13	0	0	1	13
Otros	4	50	0	0	4	50
Total	8	100	0	0	8	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 36

Distribución de los médicos subespecialistas del departamento de Zacapa según subespecialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Masculino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cardiología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	1	17
Cirugía Oncológica	0	0	0	0	1	17	0	0	0	0	1	17
Gastroenterología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neurología	0	0	0	0	1	17	0	0	0	0	1	17
Otros	0	0	1	17	1	17	0	0	1	17	3	50
Total	0	0	1	17	3	50	0	0	2	17	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 37

Distribución de las médicas subespecialistas del departamento de Zacapa según subespecialidad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Femenino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cardiología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirugía Oncológica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gastroenterología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50
Neurología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 38

Distribución del total de médicos subespecialistas del departamento de Zacapa según subespecialdad e institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Total											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Cardiología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	13	1	13
Cirugía Oncológica	0	0	0	0	1	13	0	0	0	0	1	13
Gastroenterología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	13	1	13
Neurología	0	0	0	0	1	13	0	0	0	0	1	13
Otros	0	0	1	13	1	13	0	0	2	25	4	50
Total	0	0	1	13	3	38	0	0	4	50	8	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 39

Distribución de los médicos subespecialistas del departamento de Zacapa según subespecialidad y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cardiología	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Cirugía Oncológica	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Gastroenterología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neurología	1	17	0	0	0	0	0	0	1	17
Otros	3	50	0	0	0	0	0	0	3	50
Total	6	100	0	0	0	0	0	0	6	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 40

Distribución de las médicas subespecialistas del departamento de Zacapa según subespecialidad y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Femenino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cardiología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirugía Oncológica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gastroenterología	1	50	0	0	0	0	0	0	1	50
Neurología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	1	50	0	0	0	0	0	0	1	50
Total	2	100	0	0	0	0	0	0	2	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 41

Distribución del total de médicos subespecialistas del departamento de Zacapa según subespecialidad y práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Subespecialidad	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Cardiología	1	13	0	0	0	0	0	0	1	13
Cirugía Oncológica	1	13	0	0	0	0	0	0	1	13
Gastroenterología	1	13	0	0	0	0	0	0	1	13
Neurología	1	13	0	0	0	0	0	0	1	13
Otros	4	50	0	0	0	0	0	0	4	50
Total	8	100	0	0	0	0	0	0	8	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 42

Distribución de los médicos que poseen maestría del departamento de Zacapa según maestría y sexo, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Administración de Hospitales y Recursos Humanos	2	9	0	0	2	9
Administración de Recursos Humanos	0	0	1	4	1	4
Administración en Servicios de Salud	0	0	1	4	1	4
AIEPI	1	4	0	0	1	4
Ciencias Políticas en Salud	1	4	0	0	1	4
Epidemiología	0	0	1	4	1	4
Nutrición	1	4	0	0	1	4
Oftalmología	1	4	0	0	1	4
Políticas y Estrategias para la Salud	3	13	2	9	5	22
Recursos Humanos	1	4	0	0	1	4
Salud Pública	3	13	2	9	5	22
Salud Pública y Epidemiología	0	0	1	4	1	4
Salud Pública y Estrategias Políticas en Salud	1	4	0	0	1	4
Salud Reproductiva	1	4	0	0	1	4
Total	15	65	8	35	23	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 43

Distribución de los médicos que poseen maestría del departamento de Zacapa según maestría y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Administración de Hospitales y Recursos Humanos	2	13	0	0	2	13
AIEPI	1	7	0	0	1	7
Ciencias Políticas en Salud	1	7	0	0	1	7
Epidemiología	0	0	0	0	0	0
Nutrición	1	7	0	0	1	7
Oftalmología	1	7	0	0	1	7
Políticas y Estrategias para la Salud	3	20	0	0	3	20
Recursos Humanos	1	7	0	0	1	7
Salud Pública	3	20	0	0	3	20
Salud Pública y Estrategias Políticas en Salud	1	7	0	0	1	7
Salud Reproductiva	1	7	0	0	1	7
Total	15	100	0	0	15	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 44

Distribución de las médicas que poseen maestría del departamento de Zacapa según maestría y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Femenino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Administración de Recursos Humanos	1	13	0	0	1	13
Administración en Servicios de Salud	1	13	0	0	1	13
Epidemiología	1	13	0	0	1	13
Políticas y Estrategias para la Salud	2	25	0	0	2	25
Salud Pública	2	25	0	0	2	25
Salud Pública y Epidemiología	1	13	0	0	1	13
Total	8	100	0	0	8	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 45

Distribución del total de médicos que poseen maestría del departamento de Zacapa según maestría y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Administración de Hospitales y Recursos Humanos	2	9	0	0	2	9
Administración de Recursos Humanos	1	4	0	0	1	4
Administración en Servicios de Salud	1	4	0	0	1	4
AIEPI	1	4	0	0	1	4
Ciencias Políticas en Salud	1	4	0	0	1	4
Epidemiología	1	4	0	0	1	4
Nutrición	1	4	0	0	1	4
Oftalmología	1	4	0	0	1	4
Políticas y Estrategias para la Salud	5	22	0	0	5	22
Recursos Humanos	1	4	0	0	1	4
Salud Pública	5	22	0	0	5	22
Salud Pública y Epidemiología	1	4	0	0	1	4
Salud Pública y Estrategias Políticas en Salud	1	4	0	0	1	4
Salud Reproductiva	1	4	0	0	1	4
Total	23	100	0	0	23	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 46

Distribución de los médicos que poseen maestría del departamento de Zacapa según maestría y tipo de institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Masculino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración de Hospitales y Recursos Humanos	1	7	1	7	0	0	0	0	0	0	2	13
Administración de Recursos Humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Administración en Servicios de Salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AIEPI	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	1	7
Ciencias Políticas en Salud	0	0	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Epidemiología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nutrición	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	1	7
Oftalmología	0	0	0	0	1	7	0	0	0	0	1	7
Políticas y Estrategias para la Salud	3	20	0	0	0	0	0	0	0	0	3	20
Recursos Humanos	0	0	0	0	1	7	0	0	0	0	1	7
Salud Pública	3	20	0	0	0	0	0	0	0	0	3	20
Salud Pública y Epidemiología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud Pública y Estrategias Políticas en Salud	0	0	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Salud Reproductiva	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7
Total	8	53	3	20	2	13	0	0	2	13	15	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 47

Distribución de las médicas que poseen maestría del departamento de Zacapa según maestría y tipo de institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Femenino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración de Recursos Humanos	0	0	0	0	1	13	0	0	0	0	1	13
Administración en Servicios de Salud	0	0	1	13	0	0	0	0	0	0	1	13
Epidemiología	1	13	0	0	0	0	0	0	0	0	1	13
Políticas y Estrategias para la Salud	2	25	0	0	0	0	0	0	0	0	2	25
Salud Pública	1	13	1	13	0	0	0	0	0	0	2	25
Salud Pública y Epidemiología	1	13	0	0	0	0	0	0	0	0	1	13
Total	5	63	2	25	1	13	0	0	0	0	8	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 48

Distribución del total de médicos que poseen maestría del departamento de Zacapa según maestría y tipo de institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Total											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración de Hospitales y Recursos Humanos	1	4	1	4	0	0	0	0	0	0	2	9
Administración de Recursos Humanos	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	4
Administración en Servicios de Salud	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
AIEPI	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	4
Ciencias Políticas en Salud	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
Epidemiología	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
Nutrición	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	4
Oftalmología	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	4
Políticas y Estrategias para la Salud	5	22	0	0	0	0	0	0	0	0	5	22
Recursos Humanos	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	4
Salud Pública	4	17	1	4	0	0	0	0	0	0	5	22
Salud Pública y Epidemiología	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
Salud Pública y Estrategias Políticas en Salud	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
Salud Reproductiva	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
Total	14	61	4	17	3	13	0	0	2	9	23	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 49

Distribución de los médicos que poseen maestría del departamento de Zacapa según maestría y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración de Hospitales y Recursos Humanos	1	7	0	0	0	0	1	7	2	13
AIEPI	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Ciencias Políticas en Salud	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Nutrición	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Oftalmología	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Políticas y Estrategias para la Salud	3	20	0	0	0	0	0	0	3	20
Recursos Humanos	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Salud Pública	2	13	0	0	0	0	1	7	3	20
Salud Pública y Estrategias Políticas en Salud	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Salud Reproductiva	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
Total	13	87	0	0	0	0	2	13	15	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 50

Distribución de las médicas que poseen maestría del departamento de Zacapa según maestría y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Femenino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración de Recursos Humanos	1	13	0	0	0	0	0	0	1	13
Administración en Servicios de Salud	1	13	0	0	0	0	0	0	1	13
Epidemiología	1	13	0	0	0	0	0	0	1	13
Políticas y Estrategias para la Salud	2	25	0	0	0	0	0	0	2	25
Salud pública	2	25	0	0	0	0	0	0	2	25
Salud Pública y Epidemiología	0	0	0	0	0	0	1	13	1	13
Total	7	88	0	0	0	0	1	13	8	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 51

Distribución del total de médicos que poseen maestría del departamento de Zacapa según maestría y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Maestría	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Administración de Hospitales y Recursos Humanos	1	4	0	0	0	0	1	4	2	9
Administración de Recursos Humanos	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
Administración en Servicios de Salud	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
AIEPI	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
Ciencias Políticas en Salud	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
Epidemiología	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
Nutrición	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
Oftalmología	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
Políticas y Estrategias para la Salud	5	22	0	0	0	0	0	0	5	22
Recursos Humanos	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
Salud Pública	4	17	0	0	0	0	1	4	5	22
Salud Pública y Epidemiología	0	0	0	0	0	0	1	4	1	4
Salud Pública y Estrategias Políticas en Salud	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
Salud Reproductiva	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
Total	20	87	0	0	0	0	3	13	23	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 52

Distribución de los médicos que poseen doctorado del departamento de Zacapa según doctorado y sexo, abril 2008

junio, 2008

Doctorado	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Nutrición	1	50	0	0	1	50
Oftalmología	1	50	0	0	1	50
Total	2	100	0	0	2	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 53

Distribución de los médicos que poseen doctorado del departamento de Zacapa según doctorado y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Doctorado	Masculino					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Nutrición	1	50	0	0	1	50
Oftalmología	1	50	0	0	1	50
Total	2	100	0	0	2	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 54

Distribución de las médicas que poseen doctorado del departamento de Zacapa según doctorado y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 55

Distribución del total de médicos que poseen doctorado del departamento de Zacapa según doctorado y lugar donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Doctorado	Total					
	Urbano		Rural		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Nutrición	1	50	0	0	1	50
Oftalmología	1	50	0	0	1	50
Total	2	100	0	0	2	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal

Cuadro 56

Distribución de los médicos que poseen doctorado del departamento de Zacapa según doctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Doctorado	Masculino											
	Estatal		Autónoma		Privado		ONG		No Institucional		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Nutrición	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50
Oftalmología	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 57

Distribución de las médicas que poseen doctorado del departamento de Zacapa según doctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 58

Distribución del total de médicos que poseen doctorado del departamento de Zacapa según doctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008

junio, 2008

Doctorado	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Nutrición	1	50	0	0	0	0	0	0	1	50
Oftalmología	1	50	0	0	0	0	0	0	1	50
Total	2	100	0	0	0	0	0	0	2	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 59

Distribución del total de médicos que poseen doctorado del departamento de Zacapa según doctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Doctorado	Masculino									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Nutrición	1	50	0	0	0	0	0	0	1	50
Oftalmología	1	50	0	0	0	0	0	0	1	50
Total	2	100	0	0	0	0	0	0	2	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 60

Distribución de las médicas que poseen doctorado del departamento de Zacapa según doctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 61

Distribución del total de médicos que poseen doctorado del departamento de Zacapa según doctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

Doctorado	Total									
	Clínico		Docencia		Investigación		Administración		Total	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Nutrición	1	50	0	0	0	0	0	0	1	50
Oftalmología	1	50	0	0	0	0	0	0	1	50
Total	2	100	0	0	0	0	0	0	2	100

Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.

Cuadro 62

Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Zacapa según postdoctorado y sexo, abril 2008

junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 63
Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Zacapa según postdoctorado y lugar donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 64
Distribución de las médicas que poseen postdoctorado del departamento de Zacapa según postdoctorado y lugar donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 65
Distribución del total de médicos que poseen postdoctorado del departamento de Zacapa según postdoctorado y lugar donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 66
Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Zacapa según postdoctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 67
Distribución de las médicas que poseen postdoctorado del departamento de Zacapa según postdoctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 68
Distribución del total de médicos que poseen postdoctorado del departamento de Zacapa según postdoctorado y tipo de institución donde laboran, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 69
Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Zacapa según postdoctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 70
Distribución de los médicos que poseen postdoctorado del departamento de Zacapa según postdoctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008
junio, 2008

No se encontró datos

Cuadro 71

Distribución del total de médicos que poseen postdoctorado del departamento de Zacapa según postdoctorado y tipo de práctica profesional a la que se dedican, abril 2008

junio, 2008

No se encontró datos

6. Discusión

6.1 Chiquimula

En este departamento no se contó con el listado oficial de médicos colegiados, ya que no fue proporcionado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, por lo que se realizó un barrido en busca de los mismos para la realización de la encuesta.

En este departamento, se encontró 142 médicos para una población de 347,960[1] habitantes, lo que representa una proporción de 4 médicos por 10,000 habitantes y 0.05 médicos por km^2. Del total de médicos 120 accedieron a ser entrevistados, de ellos, 75% es de sexo masculino.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el departamento muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Existe una carencia de 728 médicos para cubrir la población departamental, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Pero el problema no es sólo de números, es también de distribución de personal ya que las cifras son menores en áreas rurales. (8,11)

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el departamento, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto a consecuencia de la influencia cultural establecida, en especial en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

[1] Proyección para año 2008, INE

Con respecto a los médicos de sexo masculino 50%, se ubica en el rango de edad de < 30 a 50 años y 25% entre las edades de 51 a 80 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, el rango predominante comprende de < 31 a 60 años. (Ver cuadro No. 1 del departamento de Chiquimula).

El grupo de médicos masculinos continúa trabajando después de los 60 años, a diferencia de los de sexo femenino. Esto se correlaciona con datos obtenidos a nivel nacional, donde la edad de jubilación sobrepasa a los 65 años, especialmente para la población masculina.

En relación al estado conyugal, 83% de los encuestados está casado, 9% de los médicos es soltero. Los estados civiles de viudo, separado y unido representan 5% del total. (Ver cuadro No. 2 del departamento de Chiquimula).

Se encontró que 98% de los médicos entrevistados residen en área urbana. (Ver cuadro No. 3 del departamento de Chiquimula).

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

El 99% ejerce la profesión de médico y cirujano y el resto se dedica al comercio. (Ver cuadro No. 4 y 5 del departamento de Chiquimula).

El 54% de los médicos labora en más de un lugar, de ellos 75% en dos lugares, 22% en tres lugares, 1.5% en cuatro lugares y 1.5% en cinco lugares, siendo este último el único caso representado en su totalidad por el sexo femenino. (Ver cuadro No. 6 del departamento de Chiquimula).

El 98% de médicos labora en el área urbana y de este 74% corresponde a los médicos de sexo masculino. De los médicos que laboran en el área rural todos pertenecen al sexo masculino.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el departamento se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de Estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Además, las largas distancias hasta los servicios de salud. Todo esto conlleva a la mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, 32% ejerce en el Estado (78% médicos masculinos), 8% en institución autónoma (55% médicos masculinos), 13% en institución privada como sanatorios (63% médicos masculinos), 2% en ONGs (50% médicos masculinos) y 45% en el área no institucional representada por clínicas particulares (79% médicos masculinos).

En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que 95% se dedica a la clínica y de estos, 74% corresponde al sexo masculino. El 1% se dedica a práctica docente en su totalidad de sexo masculino y 4% a labores administrativas (80% de sexo masculino). (Ver cuadros No. 7 a 18 del departamento de Chiquimula).

De los médicos entrevistados, 37% posee solamente licenciatura de médico y cirujano, 3% realizando residencia, 42% especialización, 4% subespecialización, y 13% maestría. (Ver cuadro No. 19 del departamento de Chiquimula).

El bajo porcentaje de médicos realizando residencia en el departamento se debe a que sólo existe un programa de residencia en el hospital modular de la cabecera departamental.

A nivel departamental se puede observar que más del 50% de los médicos se encuentra realizando residencia, cuenta con especialidad, subespecialidad y maestría; lo cual beneficia directamente a la población, ya que esto les permite tener acceso a médicos especializados que brinden atención integral y personalizada según la patología, sin necesidad de trasladarse hasta la ciudad capital para tener acceso a los mismos, lo que a su vez disminuye los gastos. Sin embargo éstos siguen siendo insuficientes para cubrir las necesidades de la población.

En lo referente a la universidad que extendió el título de médico y cirujano 96% es de la Universidad de San Carlos de Guatemala (75% de sexo masculino), 1% de la Universidad Francisco Marroquín, únicamente de sexo femenino y 3% de universidades extranjeras con predomino masculino. (Ver cuadro No. 20 del departamento de Chiquimula).

En el departamento 96% de médicos es egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala, lo cual puede explicarse tanto por la reciente trayectoria de la carrera de medicina en la Universidad Rafael Landívar y Universidad Mariano Gálvez, como por el factor económico ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aún se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

Con referencia a los médicos que actualmente están realizando residencia, se encontró una distribución equitativa entre ambos sexos. (Ver cuadro No. 21 del departamento de Chiquimula).

Las especialidades con mayor número de médicos en el departamento son Ginecología y Obstetricia con 22% (69% de sexo masculino), Medicina Interna 21% (58% de sexo masculino), Cirugía 17%, en su totalidad de sexo masculino y Pediatría 17% (90% de sexo masculino). (Ver cuadros No. 22 a 31 del departamento de Chiquimula).

La totalidad de médicos subespecialistas es de sexo masculino. Éstos se encuentran distribuidos en Gastroenterología, Urología, Cardiología, Cirugía de Colon y Recto, Medicina Física y Rehabilitación y Neonatología con 16% respectivamente. (Ver cuadros No. 32 a 41 del departamento de Chiquimula).

Las maestrías de los médicos del departamento con mayor porcentaje son Epidemiología y Salud Pública con 33%, en su totalidad de sexo masculino, Administración Pública con 17% (64% de sexo masculino) y Oftalmología 11%, en su totalidad de sexo femenino. El resto de las maestrías se distribuye equitativamente con 6% cada una. (Ver cuadros No. 42 a 51 del departamento de Chiquimula).

Solamente se encontró un médico con doctorado en Investigación Social. (Ver cuadros No. 52 a 61 del departamento de Chiquimula)

No se encontró médicos con estudios de postdoctorado en el departamento. (Ver cuadros No. 62 a 71 del departamento de Chiquimula).

La presencia de especialistas y médicos con maestría puede explicarse por la creciente demanda de la población hacia servicios de salud especializados.

El sistema de salud de Chiquimula sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como, la insuficiencia de personal adecuado que atienda las necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el departamento de Chiquimula mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo, otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.1.1 Limitaciones

Durante la realización del estudio en el departamento de Chiquimula, se encontró algunas limitaciones. En la cabecera departamental, se puede mencionar, la cantidad de médicos, disponibilidad de tiempo de los mismos, así como el deseo de colaborar con el estudio. Esto no permitía encuestar a varios profesionales en un periodo de tiempo corto, por lo que hubo necesidad de utilizar varios días para la actividad. Fueron escasos los médicos que se negaron a participar y que fueron encuestados en otros departamentos, pero sí se presentaron casos. A nivel de municipios, la mayoría de las urbanizaciones son desordenadas y carecen de señalización de calles y avenidas, lo que dificultó la localización de las clínicas médicas y sanatorios prolongando la estadía en algunos municipios.

6.1.2 Discusión por Municipios

6.1.2.1 Camotán

En este municipio, se encontró 1 médico para una población de 45,483[1] habitantes, lo que representa una proporción de 2 médicos por 10,000 habitantes y 0.004 médico por km^2.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala

[1] Proyección para año 2008, INE

existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 112 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Pero el problema no es solo de números, es también de distribución de personal. Ya que las cifras son menores en áreas rurales. (8 y 11).

El médico entrevistado, es de sexo masculino, reside en área urbana,
tiene 39 años y su estado conyugal es casado. También podemos mencionar que ejerce su profesión como médico y cirujano y no posee ninguna otra profesión.

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Además, las largas distancias hasta los servicios de salud. Todo esto conlleva a la mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

Este médico ejerce la práctica clínica en el sector estatal.

El médico entrevistado tiene licenciatura de médico y cirujano y posee además una maestría en Salud Pública.

A nivel municipal se puede observar que el único médico en dicho municipio.

No se encontró ningún médico realizando residencia, con especialidad, subespecialidad, doctorado ni postdoctorado; lo cual no beneficia a la población, ya que esto no les permite tener acceso a médicos especializados que les brinden atención integral y personalizada según la patología, sin necesidad de trasladarse al municipio de Chiquimula o hasta la ciudad capital para acceder a los mismos, lo que a su vez disminuye los gastos.

En lo referente a la universidad que extendió el título de médico y cirujano en la Universidad de San Carlos de Guatemala. La presencia en el municipio, del médico egresado de la Universidad San Carlos de Guatemala, puede explicarse por la corta trayectoria de la carrera de medicina en otras universidades del país como la Universidad Rafael Landívar y la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico, ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aún se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

El sistema de salud de Camotán sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores

de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

6.1.2.2 Chiquimula

En este municipio, se encontró 98 médicos para una población de 88,918[1] habitantes, lo que representa una proporción de 11 médicos por 10,000 habitantes y 0.3 médicos por km^2. Del total de médicos, 77 accedieron a ser entrevistados y de ellos 73% es de sexo masculino.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia superior a lo esperado a nivel nacional, por ser este municipio la cabecera departamental, por lo que en este lugar se concentran los médicos del departamento. Así mismo, existe una carencia de 124 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Sin embargo esta discrepancia no es sólo cuantitativa, sino también de distribución de personal, ya que las cifras son aún menores en áreas rurales. (8,11)

Con respecto a los médicos de sexo masculino 67%, se ubica en el rango de edad de < 30 a 60 años y 6% entre las edades de 61 a 80 años, con un promedio de 46 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, 100% se encontraba

[1] Proyección para año 2008, INE

en el rango de edad de < 31 a 60 años, con un promedio de 40 años.

El grupo de médicos masculinos continúa trabajando después de los 60 años, a diferencia de los de sexo femenino. Esto se correlaciona con datos obtenidos a nivel nacional, donde la edad de jubilación sobrepasa a los 65 años, especialmente para la población masculina y a que en los años en que estos médicos egresaron de la universidad, no era totalmente permitido que las mujeres accedieran a ese tipo de educación. (91)

En relación al estado conyugal de los médicos de este municipio 84% está casado, 10% es soltero. Los estados civiles de viudo, separado y unido representan 6% del total.

Todos los médicos del municipio residen en área urbana y laboran como médicos y cirujanos.

Predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

El 52% labora en más de un lugar, con predominio de dos lugares en 36% de los casos, 13% en tres lugares, 1% en cuatro lugares y 1% en cinco lugares, siendo este último el único caso representado en su totalidad por el sexo femenino.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no

lucrativo y el público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el municipio se observa que el subsector con mayor número de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, 31% ejerce en el estado (23% médicos masculinos), 12% en institución autónoma (6% médicos masculinos), 12% en institución privada como sanatorios (8% médicos masculinos) y 45% en área no institucional como clínicas particulares (33% médicos masculinos), ninguno de los médicos del municipio labora en ONG.

En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que 93% se dedica a la clínica y de estos, el 67% son de sexo masculino. El 1% se dedica a práctica docente en su totalidad de sexo masculino y 5% a labores administrativas (4% de sexo masculino). Ninguno de los médicos entrevistados se dedica a la investigación.

De los médicos entrevistados, el 29% posee solamente licenciatura de médico y cirujano, 4% se encuentra realizando residencia, 53% especialización, 6% subespecialización, 6% maestría, y 1% doctorado. Ninguno posee titulo de postdoctorado. (Ver cuadro No. 19 del municipio de Chiquimula).

En lo que se refiere a la universidad que extendió el título de médico y cirujano, 99% corresponde a la Universidad de San Carlos de Guatemala (71% de sexo masculino) y el resto a universidades extranjeras (en su totalidad de sexo masculino).

La presencia en el municipio de 99% de médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse por la corta trayectoria de la carrera de medicina en otras universidades del país como la Universidad Rafael Landívar y la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico, ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aún se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

Con referencia a los médicos que actualmente están realizando residencia, se encontró una distribuidos equitativamente en entre ambos sexos.
A nivel municipal se puede observar que más del 60% de los médicos se encuentran realizando residencia, cuentan con especialidad, subespecialidad o maestría; lo cual beneficia directamente a la población, ya que esto les permite tener acceso a médicos especializados que les brinden atención integral y personalizada según la patología, sin necesidad de trasladarse hasta la ciudad capital para acceder a los mismos, lo que a su vez disminuye los gastos. Sin embargo éstos siguen siendo insuficientes para cubrir las necesidades de la población.

Las especialidades con mayor número de médicos en el departamento son Ginecología y Obstetricia con 24% (15% sexo masculino), Medicina Interna 20% (11% sexo masculino), Cirugía 20% en su totalidad de sexo masculino y 17% Pediatría (15% de sexo masculino).

Las subespecialidades encontradas en el municipio son gastroenterología pediátrica, cirugía de colon y recto, cardiología y urología; representadas en su totalidad por médicos de sexo masculino, que laboran en área no institucional ejerciendo la práctica clínica.

Las maestrías encontradas son Administración Pública 3% (distribuido equitativamente en ambos sexos), 3% Epidemiología y Salud Pública y 1% Administración Hospitalaria, representadas en su totalidad por médicos de sexo masculino.

Solamente se encontró un médico con doctorado en Investigación Social.

No se encontró médicos con estudios de postdoctorado en el municipio.

La presencia de especialistas y médicos con maestría puede explicarse por la creciente demanda de la población hacia servicios de salud más especializados.

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el municipio, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto también a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

El sistema de salud del municipio de Chiquimula sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal

desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas. Esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que, para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de Chiquimula mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.1.2.3 Concepción Las Minas

En este municipio, se encontró 3 médicos para una población de 12,604[1] habitantes, lo que representa una proporción de 2 médicos por 10,000 habitantes y 0.02 médicos por km^2.

Todos los médicos accedieron a ser entrevistados.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 28 médicos para cubrir la población municipal,

[1] Proyección para año 2008, INE

ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Sin embargo esta discrepancia no es sólo cuantitativa, sino también de distribución de personal, ya que las cifras son aún menores en áreas rurales. (8,11)

Con respecto a la edad de los médicos, todos se ubican en el rango de edad de 31 a 60 años, siendo el promedio de edad de 45 años. El médico de menor edad es de 39 años y el de mayor edad de 53 años. Todos pertenecen al sexo masculino.

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en Concepción Las Minas, ya que en este municipio no hay médicos de sexo femenino, lo cual no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

En relación al estado conyugal, 100% está casado y reside en el área urbana. Todos ejercen la profesión de médico y cirujano. 67% labora en dos lugares. En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, se encontró una distribución equitativa para las instituciones estatales, privadas y no institucionales con 33% respectivamente.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre

los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. . En el municipio se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de Estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

El 100% labora en el área urbana. Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como: oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Además de las largas distancias hasta los servicios de salud. Todo esto conlleva a una mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)
Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que todos se desempeñan en la práctica clínica. De los médicos entrevistados, 20% posee solamente Licenciatura de Médico y Cirujano, 40% especialización, 20% subespecialización y 20% maestría.

En lo referente a la universidad que extendió el título de médico y cirujano, 67% es egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala y 33% de universidad extranjera, que corresponde a la Universidad La Habana de Cuba. La presencia en el municipio, de 66% egresado de la

Universidad de San Carlos de Guatemala, y ninguno de universidades privadas guatemaltecas puede explicarse por la corta trayectoria de la carrera de medicina en la Universidad Rafael Landívar, y Mariano Gálvez, así como por el factor económico ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aún se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

No se encontró médicos realizando residencia, ya que en el municipio no hay hospital estatal ni del IGSS que permita realizar el programa de residencias.

Del total de médicos, 66% posee especialización; las dos especialidades encontradas son Medicina Interna y Medicina Familiar, ambas en médicos de sexo masculino que laboran en el ámbito privado.

Solamente uno de los médicos posee subespecialidad, siendo en Medicina Física y Rehabilitación, sin embargo, por falta de equipo médico y espacio físico adecuado, es poco lo que realiza en la práctica clínica sobre su especialidad. Únicamente este médico del municipio posee una maestría en Epidemiología.

A nivel municipal se puede observar que 66% cuenta con especialidad, y de ellos, 33% con subespecialidad y maestría, cifras aún bajas como para permitir a la población tener acceso a médicos especializados que brinden atención integral y personalizada según la patología. Los resultados muestran que no se logra cubrir las especialidades básicas para la atención de niños, mujeres y adulto mayor, grupos vulnerables de nuestra sociedad, y a los cuales se destinan dos de los Objetivos del Desarrollo del Milenio de la ONU. Esto genera en los habitantes la necesidad de trasladarse hasta la cabecera departamental en busca de acceso a un

tipo de servicio especializado.

No se encontró médicos con estudios de doctorado ni postdoctorado en el municipio.

El sistema de salud de Concepción Las Minas sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como, insuficiencia de personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de Concepción Las Minas mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.1.2.4 Esquipulas

Se encontró 17 médicos para una población de 50,433[1] habitantes, lo que representa una proporción de 3 médicos por 10,000 habitantes y 0.03 médicos por km^2. Todos los médicos accedieron a ser entrevistados, de ellos, 76% es de

[1] Proyección para año 2008, INE

sexo masculino.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 109 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Sin embargo esta discrepancia no es sólo cuantitativa, sino también de distribución de personal, ya que las cifras son aún menores en áreas rurales. (8,11)

Con respecto a los médicos de sexo masculino 47% se ubica en el rango de edad de < 30 a 50 años y 29% entre las edades de 51 a 60 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, el rango predominante comprende de 31 a 40 años. El promedio de edad total es de 42 años. Siendo el médico de menor edad de 24 años y el de mayor edad de 58 años.

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en Esquipulas, ya que en el municipio la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa. Esto a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

En relación al estado conyugal, 82% está casado, 12% soltero y 6% unido.

Se encontró que 94% reside en el área urbana y 6% en el área rural. Todos ejercen la profesión de Médico y Cirujano.

El 53% labora en más de un lugar, de ellos, 89% en dos lugares y 11% en tres lugares. El mayor porcentaje representado por el sexo masculino.

El 94% labora en el área urbana (75% de sexo masculino). Solamente un médico labora en el área rural y pertenece al sexo masculino. Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como: oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Además de las largas distancias hasta los servicios de salud. Todo esto conlleva a una mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, 6% ejerce en el Estado (todos de sexo masculino), 18% en institución privada como sanatorios (66% de sexo femenino), y 76% en el área no institucional representada por clínicas particulares (92% de sexo masculino). En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que todos ejercen la práctica

clínica.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el municipio se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de Estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

De los médicos entrevistados, 37% posee Licenciatura de Médico y Cirujano, 42% especialización, 5% subespecialización, y 16% maestría.

Con referencia a la universidad que extendió el título de médico y cirujano 94% es egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala, (76% de sexo masculino) y 6% de la Universidad Francisco Marroquín, de sexo femenino. Este predominio de médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse primero, por la extensión de la Facultad de Medicina que se encuentra en el departamento de Chiquimula así como por la corta trayectoria de esta carrera en la Universidad Rafael Landívar y Mariano Gálvez, y segundo, por el factor económico ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aún se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

No se encontró médicos realizando residencia, ya que en este municipio no hay hospital estatal ni del IGSS que permita realizar el programa de residencias.

Las especialidades con mayor número de médicos en el departamento son Ginecología y Obstetricia con 25% (100% de sexo masculino), Oftalmología con 25% (100% de sexo femenino), Cirugía, Radiología, Pediatría y Medicina Interna con 13% respectivamente, en su totalidad de sexo masculino.

Solamente se encontró un médico con subespecialidad en Neonatología, de sexo masculino que labora en el sector privado.

No se encontró médicos con estudios de doctorado ni postdoctorado en el municipio de Esquipulas.

Las maestrías de los médicos del municipio con mayor porcentaje, son Oftalmología 66%, en su totalidad de sexo femenino y Gestión en Administración en Salud 33%, en su totalidad de sexo masculino.

A nivel municipal se puede observar que, 42% cuenta con especialidad, 5 % con subespecialidad y 16% con maestría, lo cual beneficia directamente a la población, ya que esto les permite tener acceso a médicos especializados que brinden atención integral y personalizada según la patología, sin necesidad de trasladarse hasta la ciudad capital para tener acceso a los mismos. Sin embargo este porcentaje sigue siendo insuficiente para cubrir las necesidades de la población.

El sistema de salud de Esquipulas, sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como, insuficiencia de personal adecuado que atienda las necesidades de salud de todos los sectores de la población, la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona

con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de Esquipulas mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.1.2.5 Ipala

En el municipio, se encontró 9 médicos para una población de 19,734[1] habitantes, lo que representa una proporción de 5 médicos por 10,000 habitantes y 0.04 médicos por km^2. Del total de médicos, 8 fueron entrevistados, por encontrarse uno de ellos en el extranjero. 87% es de sexo masculino.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior a lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 40 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Sin embargo esta discrepancia no es sólo

[1] Proyección para año 2008, INE

cuantitativa, sino también de distribución de personal, ya que las cifras son aún menores en áreas rurales. (8,11)
Con respecto a los médicos de sexo masculino 62% se ubica en el rango de edad de 31 a 50 años y 25% entre las edades de 61 a 80 años, con un promedio de edad de 50 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, se encontró solamente uno de 29 años.

El grupo de médicos masculinos continúa trabajando después de los 60 años, a diferencia de los de sexo femenino. Esto se correlaciona con datos obtenidos a nivel nacional, donde la edad de jubilación sobrepasa a los 65 años, especialmente para la población masculina, ya que en la época en que estos médicos se formaron el acceso a estudios superiores para la mujer era aún restringido. (91)

En relación al estado conyugal de los médicos de este municipio, 75% está casado, 13% es soltero y 13% está unido.

El 83% de los médicos del municipio reside en área urbana y todos laboran como médicos.

Predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar

la formación profesional. Todo esto conlleva a una mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

El 50% de médicos labora en 2 lugares y 12% en 3 lugares, todos de sexo masculino.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y el público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el municipio se observa que el subsector con mayor número de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, 37% ejerce en el Estado, 13% en institución privada como sanatorios y 37% en el área no institucional como clínicas particulares, todos ellos de sexo masculino, mientras que 13% en ONG es exclusivamente femenino. En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que el 100% se dedica a la clínica.

De los médicos entrevistados el 55% posee solamente licenciatura de médico y cirujano, 9% especialización y 36% maestría.

En lo que se refiere a la universidad que extendió el título de médico y cirujano, 75% es de la Universidad de San Carlos de Guatemala (todos de sexo masculino) y 25% de universidades extranjeras (Cuba) (distribuido equitativamente en ambos sexos).

La presencia en el municipio, de 75% de médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse por la corta trayectoria de la carrera de medicina en otras universidades del país como la Universidad Rafael Landívar y la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico, ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aún se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

No se encontró ningún médico realizando residencia.
El único médico con especialidad, posee el título de Medicina Familiar.

No se encontró ningún médico subespecialista.

Las maestrías encontradas fueron Salud Pública y Administración Hospitalaria, Diabetes Mellitus, Epidemiología y Medicina de la Niñez y del Adulto cada una con 25%, todas representadas por médicos de de sexo masculino.

No se encontró médicos con estudios de doctorado, ni postdoctorado en el municipio.

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el municipio, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto también a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre

todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

El sistema de salud del municipio de Ipala sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de Ipala mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.1.2.6 Jocotán

En este municipio, se encontró 8 médicos para una población de 50,803[1] habitantes, lo que representa una proporción de 2 médico por 10,000 habitantes y 0.03

[1] Proyección para año 2008, INE

médico por km^2. Del total de médicos, 62.5% es de sexo masculino.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 119 médicos para cubrir la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Sin embargo esta discrepancia no es sólo cuantitativa, sino también de distribución de personal, ya que las cifras son aún menores en áreas rurales. (8, 11)

De los 8 médicos, el 62.5% es de sexo masculino y el 37.5% es de sexo femenino. Con respecto a los médicos de sexo masculino el 50% se ubica en el rango de edad de 41 a 50 años y 12.5% entre las edades de 51 a 60 años, con un promedio de edad de 36 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, el rango predominante comprende de < 31 a 40 años con un promedio de edad de 31 años. El médico de mayor edad es de 52 años y el de menor edad de 24 años, con un promedio de edad total de 40 años.

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el municipio, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más

acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

En relación al estado conyugal de los médicos del municipio, 75% es casado, 12% unido y 13% divorciado. Los estados conyugales de viudo, separado y soltero representan un 5% del total.

Se encontró que 100% de los médicos entrevistados reside en el área urbana.

El 88% ejerce la profesión de médico y cirujano y ninguno de los entrevistados posee además otra profesión diferente.

El 100% de médicos labora en el área urbana y de este 62% corresponde a los médicos de sexo masculino.

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. (115)

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayor dificultad para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

El 62% de los médicos laboran en más de un lugar, de ellos 81% en dos lugares y 19% en tres lugares.

En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, 50% ejerce en el estado, 13% en institución autónoma, 25% en institución privada y 12% en ONGs. En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que 88% se dedica a la clínica y el resto a labores administrativas.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y el público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el municipio se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

De los médicos entrevistados, 62% posee solamente licenciatura de médico y cirujano y 38% maestría. No se encontró médicos realizando residencia, ni con especialidad, subespecialidad, doctorado o postdoctorado.

En lo referente a la universidad que extendió el título de médico y cirujano 100% es de la Universidad de San Carlos de Guatemala, lo que puede explicarse por la corta trayectoria de la carrera de medicina en la Universidad Rafael Landívar y Mariano Gálvez, como por el factor económico ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aún se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

Las maestrías de los médicos del municipio con mayor porcentaje, son Administración Pública y Política en Salud

con 67%, e Interculturalidad de Género y Salud con 33% representada en su totalidad por el sexo femenino.

El sistema de salud de Jocotán sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia de personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas. Esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en el cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de Jocotán mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.1.2.7 Olopa

En este municipio, se encontró un médico para una población de 21,742[1] habitantes, lo que representa una proporción de 0.5 médicos por 10,000 habitantes y 0.006 médicos por km^2.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud

[1] Proyección para año 2008, INE

del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio de Olopa muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Existe una carencia de 53 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Sin embargo esta discrepancia no es sólo cuantitativa, sino también de distribución de personal, ya que las cifras son aún menores en áreas rurales. (8,11).

El médico es casado y pertenece al sexo masculino, con edad de 46 años. Reside y labora en el área urbana.

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en Olopa, ya que en este municipio no se encuentran médicos de sexo femenino, reflejando una inequidad de género. Esto a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como: oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Todo esto conlleva a una mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

El médico de Olopa, labora como médico y cirujano en dos lugares, es el encargado del Centro de Salud y además ocupa un cargo administrativo en el Hospital de Chiquimula. En Olopa se observa que, a diferencia de otros municipios del departamento de Chiquimula, el médico se dedica a laborar para el estado y no a la práctica privada lucrativa como en la mayoría de casos.

Su grado académico es únicamente licenciatura de médico y cirujano, egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

No se encontró ningún médico realizando residencia, ni con alguna especialidad, subespecialidad, maestría, doctorado o post-doctorado, por lo que la población de este municipio no tiene acceso a médicos especializados que brinden atención integral y personalizada según la patología. Esto genera en los habitantes de Olopa la necesidad de trasladarse hasta la cabecera departamental para tener acceso a un tipo de servicio especializado.

El sistema de salud de Olopa, sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como, la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes

desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentan los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de Olopa mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.1.2.8 Quetzaltepeque

En este municipio, se encontró 3 médicos para una población de 25,903[1] habitantes, lo que representa una proporción de 1 médicos por 10,000 habitantes y 0.01 médicos por km^2. El 67% es de sexo masculino.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 61 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Sin embargo esta discrepancia no es sólo cuantitativa, sino también de distribución de personal, ya que las cifras son aún menores en áreas rurales. (8,11).

Con respecto a los médicos de sexo masculino todos se

[1] Proyección para año 2008, INE

ubican en el rango de edad de 41 a 50 años. El caso de sexo femenino, corresponde al médico de menor edad con 32 años.

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en Quetzaltepeque, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

En relación al estado conyugal, el total de médicos está casado y reside en área urbana.

Todos ejercen la profesión de médico y cirujano, ninguno de los entrevistados posee otra profesión.

El 67% labora en un lugar y 33% en dos lugares, éste último representado en su totalidad por el sexo masculino.

Todos los médicos laboran en el área urbana.

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como: oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Todo esto conlleva a una mayor

tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

El 100% de médicos ejerce en el área no institucional representada por clínicas particulares, sin embargo uno de ellos labora además en una institución estatal, la cual no fue señalada como prioritaria, por lo que no se tomó en cuenta dentro del porcentaje total.
En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que todos ejercen la práctica clínica. En el municipio se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de Estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales.

De los médicos entrevistados, todos poseen solamente licenciatura de médico y cirujano.

En lo referente a la universidad que extendió el título de médico y cirujano todos son egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, lo cual puede explicarse tanto por la corta trayectoria de la carrera de medicina en la Universidad Rafael Landívar y Mariano Gálvez, como por el factor económico, ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aún se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

No se encontró médicos realizando residencia, ni con alguna

especialidad, subespecialidad, maestría, doctorado ni postdoctorado.

El sistema de salud de Quetzaltepeque sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como, la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de Quetzaltepeque mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.1.2.9 San Jacinto

En este municipio, solo se encontró un médico para una población de 11,633[1] habitantes, lo que representa una proporción de 0.9 médicos por 10,000 habitantes y 0.02 médicos por km^2.

[1] Proyección para año 2008, INE

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 28 médicos para cubrir a la población departamental, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Sin embargo esta discrepancia no es sólo cuantitativa, sino también de distribución de personal, ya que las cifras son aún menores en áreas rurales. (8 y 11)

El médico del municipio de San Jacinto es de sexo masculino, su estado conyugal es casado y cuenta con 50 años de edad.

Se encontró que el médico entrevistado reside y labora en el área urbana.

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Todo esto conlleva a una mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayor dificultad para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

El médico del municipio de San Jacinto ejerce la profesión de médico y cirujano y no posee ninguna otra profesión. Se encontró además que labora en 3 lugares, dos de ellos de carácter estatal y uno autónomo.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y el público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. (91)

El médico del municipio de San Jacinto tiene licenciatura de médico y cirujano y además una maestría en Epidemiología.

No se encontró médicos con especialidad, subespecialidad, doctorado, ni postdoctorado.

Debido a la ausencia de entidades que ofrezcan programa de postgrado no se encontró en el municipio ningún médico realizando residencia.

El único medico encontrado obtuvo su título en la Universidad de San Carlos de Guatemala, lo cual puede explicarse tanto por la corta trayectoria de la carrera de medicina en la Universidad Rafael Landívar y Mariano Gálvez, como por el factor económico ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aún se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

El sistema de salud de San Jacinto sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con

mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el departamento de San Jacinto mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.1.2.10 San José La Arada

En este municipio, se encontró 1 médico, para una población de 7,918[1] habitantes, lo que representa una proporción de 1 médicos por 10,000 habitantes y 0.0004 médicos por km^2.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006, en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior a lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 23 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Sin embargo esta discrepancia no es sólo cuantitativa, sino también de distribución de

[1] Proyección para año 2008, INE

personal, ya que las cifras son aún menores en áreas rurales. (8,11)

El médico pertenece al sexo masculino, tiene 54 años, se encuentra unido y reside en área urbana.

Predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2,5,17,18)

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Todo esto conlleva a una mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

El único médico de este municipio labora como médico y cirujano, en un solo lugar, a nivel estatal ejerciendo la clínica como tipo de práctica profesional.

Este médico posee únicamente licenciatura de médico y cirujano, título extendido en la Universidad de San Carlos de Guatemala.

No se encontró ningún médico con especialidad, subespecialidad, maestría, doctorado o postdoctorado.

En el municipio de San José La Arada se puede observar que el médico entrevistado, no posee otro título

académico, más que el de médico y cirujano, lo cual no permite a la población tener acceso a médicos especializados que les brinden atención integral y personalizada según la patología, por lo que se ven obligados a viajar a Chiquimula la cabecera departamental en busca de médicos especialistas y subespecialistas.

El sistema de salud del municipio de San José La Arada sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en este municipio mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.1.2.11 San Juan Ermita

En este municipio, se encontró 1 médico para una población de 12,789[1] habitantes, lo que representa una

[1] Proyección para año 2008, INE

proporción de 0.8 médicos por 10,000 habitantes y 0.01 médicos por km^2.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio de San Juan Ermita muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 30 médicos para cubrir a la población departamental, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Sin embargo esta discrepancia no es sólo cuantitativa, sino también de distribución de personal, ya que las cifras son aún menores en áreas rurales. (8 y 11)

El médico entrevistado es de sexo masculino posee 34 años y su estado conyugal es casado.

El médico del municipio de San Juan Ermita reside en área urbana y labora en 2 lugares también en área urbana.

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Además, las largas distancias hasta los servicios de salud. Todo esto conlleva a una mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para

acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

Este médico labora en institución estatal y autónoma, ejerciendo tanto la práctica clínica como docente.
La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y el público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. (91)

El médico entrevistado ejerce la profesión de médico y cirujano y no posee otra profesión.

Este médico posee licenciatura de médico y cirujano, título extendido en la Universidad de San Carlos de Guatemala, así también posee una maestría en Política y sistema de salud.

No se encontró ningún médico realizando residencia, con especialidad, subespecialidad, doctorado ni postdoctorado lo cual no beneficia a la población, ya que no les permite tener acceso a médicos especializados que brinden atención integral y personalizada según la patología.

El sistema de salud de San Juan Ermita sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los

países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el departamento de Chiquimula mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.2 Izabal

En el departamento de Izabal no se contó con el listado oficial de médicos colegiados, ya que no fue proporcionado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, por lo que se realizó un barrido en busca de los mismos para la realización de la encuesta.

En este departamento se encontró un total de 117 médicos, para una población total de 383,636[4] habitantes, lo que representa una proporción de 3 médicos por 10 000 habitantes, y 0.01 médicos por km^2.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existía 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe un déficit de 842 médicos para cubrir a la población departamental, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Sin embargo la discrepancia no es solo cuantitativa sino también la mala distribución de este recurso, ya que tanto los servicios de salud como el recurso humano es aun más deficiente en las áreas rurales. (8,11)

[4] Proyección para año 2008, INE

Del total de médicos 15 no se localizaron y uno ya falleció. De los 101 médicos que se logró entrevistar uno ya no labora como médico; de este total de médicos 79% pertenece al sexo masculino.

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el departamento, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto también a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

En cuanto a la edad de los médicos de sexo masculino, 87% pertenece al grupo etáreo de 31 – 60 años, con una edad promedio de 45 años. Solamente se encontró un médico mayor de 81 años entrevistado en el municipio de Morales. Con respecto a los médicos de sexo femenino, el rango de edad predominante comprende de < 30 – 50 años, con una edad promedio de 38 años. (Ver cuadro 1 del departamento de Izabal).

Con respecto al estado conyugal de los entrevistados se encontró un predominio de médicos casados con 67%, le sigue el grupo de los solteros con 16%, en su mayoría residentes, seguramente por la edad de los mismos. (Ver cuadro 2 del departamento de Izabal).

También se encontró que 94% de médicos reside en área urbana. (Ver cuadro 3 del departamento de Izabal).

El 99% de los médicos entrevistados labora como médico y cirujano, de los cuales solamente 1 médico posee licenciatura en administración de empresas además de la de médico y cirujano. (ver cuadro 4 y 5 del departamento de Izabal)

57% de los médicos labora en más de un lugar, de ellos 75% en dos lugares, 23% en tres lugares, 2% en cuatro lugares. La mayoría de

médicos de sexo femenino labora en un solo lugar, con 62%, mientras en el sexo masculino se encontró un predominio de los médicos que desempeñan 2 puestos laborales que corresponde a 47%. (Ver cuadro 6 del departamento de Izabal).

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y el público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el departamento se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

93% de médicos labora en el área urbana y de éste 74% corresponde a los médicos de sexo masculino. De los médicos que laboran en el área rural 57% pertenece al sexo masculino. En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, 29% ejerce en el estado, 22% en una institución autónoma, 47% en institución privada, 2% en el área no institucional. No se encontró médicos laborando en ONG´s. En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que 97% se dedica a la clínica y de éste, 77% corresponde a médicos de sexo masculinos. El 4% se dedica a labores administrativas. No se encontró ningún médico que se dedique a la investigación o docencia como actividad prioritaria. (Ver cuadros 7 a 18 del departamento de Izabal).

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, el 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Todo esto conlleva a la mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores

dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo. (2,5,17,18)

En cuanto al grado académico que poseen los médicos entrevistados, 29% posee solamente licenciatura de médico y cirujano, de estos 73% es de sexo masculino. También se encontró 11% realizando residencia, todos en el municipio de Puerto Barrios, ya que es el único que ofrece programa de postgrado. El 45% de médicos entrevistados posee alguna especialización, 5% posee subespecialización, y 9% cuenta con alguna maestría. (Ver cuadro 19 del departamento de Izabal).

En lo referente a la universidad que extendió el título de médico y cirujano, 96% corresponde a la Universidad de San Carlos de Guatemala, de los cuales 79% corresponde al sexo masculino y el resto en universidades extranjeras con predominio masculino. (Ver cuadro 20 del departamento de Izabal).

El hecho de que 98% de médicos sea egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse por la corta trayectoria de esta carrera en las demás universidades del país como la Universidad Rafael Landívar, la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aun se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

Con referencia a los médicos que actualmente están realizando residencia, 58% es de sexo masculino. (Ver cuadro 21 del departamento de Izabal).

Las especialidades con mayor número de médicos en el departamento son Ginecología y Obstetricia, Cirugía y Pediatría con 16% respectivamente, a continuación se situó Medicina Interna con 14%. La mayoría de especialistas son de sexo masculino con 86%. El 64% de especialistas labora en el sector privado y 98% se dedica a la práctica clínica (Ver cuadros No. 22 a 31 del departamento de Izabal).

La totalidad de médicos subespecialistas es de sexo masculino. Estos se encuentran distribuidos equitativamente con 17% en Cirugía

Gastrointestinal, Gastroenterología, Geriatría, Nefrología, Colposcopia y Oculoplástica. De ellos 83% labora en área urbana. Todos se dedican a la práctica clínica en el sector privado. (Ver cuadros No. 32 a 41 del departamento de Izabal).

En cuanto a los médicos con maestría el 90% es de sexo masculino. El 70% labora en área urbana, el 50% labora en instituciones estatales, seguido de 40% en el sector privado y el resto en instituciones autónomas. Todos se dedican a la clínica como tipo de práctica. (Ver cuadros No. 42 a 51 del departamento de Izabal).

No se encontró ningún médico con estudios de doctorados ni postdoctorados en el departamento de Izabal.

La mayor cantidad de especialistas en pediatría y ginecología puede deberse a la percepción del médico de la realidad nacional y las necesidades del país, donde existe un predominio notable de la población materno-infantil.

A nivel departamental se puede observar que más del 50% de los médicos se encuentra realizando residencia, cuenta con especialidad, subespecialidad o maestría; lo cual beneficia directamente a la población, ya que esto les permite tener acceso a una atención integral y personalizada según la patología, lo que a su vez disminuye los gastos pues no se ven en la necesidad de trasladarse hasta la ciudad capital para acceder a los mismos. Sin embargo éstos siguen siendo insuficientes para cubrir las necesidades de toda la población.

El sistema de salud de Izabal sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores

en salud, mientras que los países con índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

6.2.1 Limitaciones

Durante la realización del trabajo de campo en el departamento de Izabal, se encontraron algunas limitaciones tanto en la cabecera como en los municipios.

Entre las limitaciones resulta importante mencionar la nula colaboración recibida por parte del Colegio de Médicos de Guatemala, ya que no proporcionaron el listado de médicos colegiados del departamento, lo que dificultó la localización de los mismos principalmente en los municipios con mayor densidad de profesionales como Puerto Barrios y Morales.

Otra limitante en el trabajo fue la distancia, pues el municipio más cercano, Los Amates, está localizado en el km. 201 sobre la carretera CA-9.

En la cabecera municipal, Puerto Barrios, se encontró la mayoría de inconvenientes. La cantidad de médicos y su distribución irregular por toda la ciudad, así como el acceso a los mismos, pues la mayoría de calles son de tierra y por la lluvia se encontraban en estado lamentable al igual que en Morales donde fue necesario incluso conseguir un carro agrícola. Este mal clima también imposibilitó la visita al casco municipal de Livingston, ya que el acceso es por vía marítima. Los distintos horarios de los médicos, así como la mala voluntad de algunos de ellos también complicó la situación prolongando la estadía en el municipio. A pesar de esto y después de repetidas búsquedas varios médicos no se lograron localizar como fue también el caso de Morales, donde algunos médicos accedían a realizar la entrevista después de incluso horas de espera.

6.2.2 Discusión por Municipios

6.2.2.1 El Estor

En este municipio se encontró solamente 3 médicos para una población de 62,970[1] habitantes, lo que representa una proporción de 0.5 médicos por 10,000 habitantes y 0.001 médicos por km^2. Todos los médicos accedieron a ser entrevistados, de ellos 67% es de sexo masculino.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 154 médicos para cubrir a la población departamental, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Sin embargo la discrepancia no es solamente cuantitativa sino también de distribución de personal, ya que las cifras son aún menores en áreas rurales. (8,11)

Todos los médicos de sexo masculino se ubican en el rango de edad de 41 a 60 años, con un promedio de 47 años. El único médico de sexo femenino tiene 51 años de edad. El promedio de edad total es de 48 años.

En relación al estado conyugal de los médicos del municipio, 100% se encuentra casado y reside en área urbana. Así también 100% ejerce la profesión de médico y cirujano y ninguno de los entrevistados posee otra profesión diferente.

67% labora en un sólo lugar distribuido equitativamente entre el sexo masculino y femenino. El resto de los médicos, que corresponde al sexo masculino, labora en 2 lugares.

[1] Proyección para año 2008, INE

El 100% de médicos labora en el área urbana y de este, 67% pertenece al sexo masculino. En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, todos ejercen en institución privada. En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que 100% se dedica a la clínica. Esto se debe probablemente a la falta de fuentes de trabajo que ofrece el municipio, ya que carece de instituciones tanto estatales como autónomas u ONG´s, por lo que los médicos del municipio en su totalidad se ven obligados a dedicarse al sector privado. Otra consecuencia derivada de esta carencia es también la falta de plazas para docencia, investigación y administración, lo cual explica la nula participación de los médicos del municipio en estos ámbitos laborales.

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, el 90% de los médicos prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. (115)

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo. (2,5,17,18)

En cuanto al grado académico que poseen los médicos, se encontró solamente un médico especialista, pediatra, de sexo femenino que corresponde al 33% que se dedica a la práctica clínica en el sector privado. El resto corresponde a dos médicos de sexo masculino que además de la licenciatura de Médico y Cirujano tienen una maestría, quienes también se dedican a la práctica clínica en el sector

privado. No se encontró ningún médico realizando residencia, ni médicos subespecialistas o con doctorados.

Todos los médicos entrevistados en este municipio obtuvieron su título de médico y cirujano en la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Las maestrías encontradas en el municipio de El Estor, son; Gerencia en Servicios de salud y Salud de la Mujer y Niñez, distribuidas equitativamente y en su totalidad de sexo masculino.

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el departamento, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto también a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106).

El sistema de salud El Estor sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa

menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

La presencia de especialistas y médicos con maestrías puede explicarse por la creciente demanda de la población hacia servicios de salud más especializados.

Esto demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de El Estor mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.2.2.2 Livingston

En este departamento, se encontró 4 médicos para una población de 58,788[5] habitantes, lo que representa una distribución de 0.7 médicos por 10,000 habitantes y 0.002 médicos por km^2.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe un déficit de 143 médicos para cubrir a toda la población, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Sin embargo la discrepancia no es solo cuantitativa sino también de distribución de personal, ya que las cifras son aún menores en áreas rurales. (8, 11)

Todos los médicos encontrados accedieron a ser entrevistados, de los cuales 75% es de sexo masculino, con

[1] Proyección para año 2008, INE

una razón de masculinidad de 3. Con respecto a los médicos de sexo masculino, 67% se ubica en el rango de edad de 31 a 40 años. El único médico de sexo femenino se situó en el rango de 51 – 60 años. El promedio de edad total es de 48.5 años, siendo el médico de mayor edad de 58 años y el de menor edad de 32 años

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el departamento, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto también a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

En relación al estado conyugal de los médicos del municipio, se encontró un predominio de médicos casados con 67% en los de sexo masculino.

La médico de sexo femenino es divorciada, labora y reside en área rural y labora en un solo lugar.

A diferencia de los demás municipios del departamento de Izabal, en Livingston El 75% de los médicos reside en área rural mientras que el 25% que corresponde a un solo médico, reside en el casco municipal; sin embargo los médicos que residen en área rural lo hacen en Río Dulce, el cual es una lugar con buen acceso vial y bastante infraestructura urbana, sobre todo por ser centro turístico debido a la belleza natural que posee. El 100% ejerce la

profesión de médico y cirujano, siendo ésta la única profesión u oficio a la que se dedica.

El 50% de médicos trabaja en un solo lugar, el resto lo hace en 2 y 3 lugares a la vez, con un 25% respectivamente.

El 50% de los médicos entrevistados labora en Instituciones Estatales, siendo éstas los Centros de Salud de Livingston y Río Dulce, ya que son los únicos establecimientos que provee el estado en todo el municipio; el resto labora en clínicas privadas. El 100% de médicos se dedica a la clínica como tipo de práctica. Debido a la escasez de hospitales y sanatorios no se encontró ningún médico que se dedique además a la administración, investigación ó docencia, ya que los médicos a cargo de los Puestos de Salud aunque si ejercen cargo administrativo en la institución, su desempeño como clínicos es prioritario por lo que no aparecen en los cuadros.

En cuanto al grado académico que poseen los médicos de este municipio, se encontró que solamente un médico, que corresponde al 25%, posee únicamente Licenciatura de Médico y Cirujano; ninguno de los médicos entrevistados posee alguna otra licenciatura. Debido a que en este municipio no existe ninguna entidad que ofrezca un programa de postgrado, no se encontró médicos residentes. Se encontró dos médicos especialistas, ambos de sexo masculino, un cirujano y un internista quien además tiene una subespecialidad en gastroenterología; estos dos médicos se dedican a la práctica clínica en el sector privado en el área rural.

En el municipio se encontró dos médicos que poseen maestría, uno de sexo masculino y otro femenino, que corresponden al 33% del total. Ambos se dedican a la práctica clínica en el área rural, uno en el sector privado y

otro en una institución estatal. No se encontró ningún médico con doctorado ni postdoctorado.

El total de médicos entrevistados obtuvo su título de Médico y Cirujano en la Universidad de San Carlos de Guatemala.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y el público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el municipio de Puerto Barrios se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

El sistema de salud de Livingston sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

6.2.2.3 Los Amates

En este municipio, se encontró 4 médicos para una población de 61,038[1] habitantes, lo que representa una proporción de 0.7 médicos por 10,000 habitantes y 0.002 médicos por km^2. Del total de médicos 3 fueron entrevistados ya que el cuarto médico se encontraba de vacaciones en la ciudad capital.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 149 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Además del déficit tan importante de médicos es importante mencionar la mala distribución de los mismos, ya que el 100% labora en el área urbana sin contar con médicos en las áreas rurales. (8,11)

Todos los médicos encontrados en el municipio pertenecen al sexo masculino y se ubican en el rango de edad de 31-40, con un promedio de edad de 37 años.

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el municipio, ya que los médicos son en su totalidad de sexo masculino. Esto también a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de

[1] Proyección para año 2008, INE

ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

En relación al estado civil de los médicos del departamento 67% de los entrevistados se encuentra casado y 33% unido.

Se encontró que todos los médicos entrevistados residen en el área urbana.

El 100% ejerce la profesión de médico y cirujano y ninguno de los entrevistados posee otra profesión diferente.

Todos los médicos laboran en más de un lugar, de ellos 67% en dos lugares y 33% en tres lugares.

El 100% de médicos labora en el área urbana. En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, se encuentran distribuidos equitativamente en institución estatal, autónoma y del sector privado, con 33% cada una. No se encontró ningún médico laborando en alguna ONG o entidad no gubernamental. En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que todos ellos se dedican a la práctica clínica. No se encontró ningún médico desempeñando cargo docente, administrativo o de investigación.

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, el 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de trabajo, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para su familia, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional, además, las largas distancias hasta los servicios de salud. Todo esto explica la mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

De los médicos entrevistados, el 67% posee solamente licenciatura de médico y cirujano, solamente 33% cuenta con una especialización. No se encontró ningún médico

realizando residencia o con alguna maestría, doctorado o postdoctorado.

En lo referente a la universidad que extendió el título de médico y cirujano 100% corresponde de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El hecho de que todos los médicos del municipio sean egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse por la corta trayectoria de la facultad de Ciencias Médicas en las universidades privadas, Rafael Landívar y Mariano Gálvez, así como por la orientación que brinda la Universidad Francisco Marroquín, cuyos egresados buscan en su mayoría continuar sus estudios en el extranjero o bien simplemente en sitios con mejores oportunidades de trabajo.

En cuanto al grado académico se encontró que solamente un médico cuenta con especialidad de pediatría quien labora en el sector privado y se dedica a la práctica clínica.

Además, es importante mencionar la ausencia de instituciones estatales o autónomas que brinden servicios de salud a la población del municipio, ya que en el mismo se cuenta solamente con un centro de salud de carácter estatal y un consultorio del IGSS, localizados en el casco municipal, aún cuando la mayor parte de la población habita en áreas rurales.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y el público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el municipio se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de estado o

autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

No existe en el municipio ninguna entidad que brinde a los médicos oportunidades de continuar con sus estudios.

El sistema de salud de Los Amates sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

La presencia de un solo especialista puede explicarse por la escasa cantidad de médicos laborando en el área, además del bajo nivel de desarrollo con que cuenta el municipio, ya que son pocos los especialistas que deciden instalarse y laborar en un sitio con estas características, lo que hace menor el grado de competencia entre los mismos.

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de Los Amates mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.2.2.4 Morales

En este municipio se encontró un total de 30 médicos, para una población total de 104,580[1] habitantes, lo que representa una proporción de 3 médicos por 10 000 habitantes, y 0.02 médicos por km^2.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. (8,11) Así mismo, existe un déficit de 231 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Sin embargo la discrepancia no es solo cuantitativa, también la mala distribución de este recurso representa un problema, ya que tanto los servicios de salud como el recurso humano es aun más deficiente en las áreas rurales.

Del total de médicos encontrados se entrevistó 26 de ellos de los cuales el 69% corresponde a médicos de sexo masculino, los 4 médicos restantes no fueron localizados.

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el municipio, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto también a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más

[1] Proyección para año 2008, INE

acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

En cuanto a la edad de los médicos de sexo masculino, 87% pertenece al grupo etáreo de 41 – 60 años, siendo el promedio de edad de 42 años. El médico de menor edad cuenta con 35 años. Solamente se encontró un médico mayor de 81 años en el municipio. Con respecto a los médicos de sexo femenino, el rango de edad predominante comprende entre los 31-40 años, con un promedio de edad de 47 años.

Con respecto al estado conyugal de los entrevistados se encontró un predominio de médicos casados con 81%, le sigue el grupo de los unidos con 12%.

También se encontró que 96% de médicos reside en área urbana. El 96% de los médicos entrevistados labora como médico y cirujano y ninguno de ellos posee otra licenciatura.

El 64% de los médicos labora solamente en un lugar, seguido de 32% que labora en 2 lugares y 4% lo hace en 3. La mayoría de médicos de sexo femenino labora en un solo lugar (88%).

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar.

El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y el público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el departamento se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

Sin embargo, el municipio no cuenta con suficientes plazas de trabajo en los sectores autónomo y estatal, por lo que los médicos se concentran en el sector privado.

El 96% de médicos labora en el área urbana y de éste 68% corresponde a los médicos de sexo masculino. En el área rural se encontró solamente un médico de sexo femenino.

Predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo. (116)

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, el 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Además, las largas distancias hasta los servicios de salud. Todo esto se correlaciona con los datos obtenidos en este municipio donde la mayoría de médicos residen y laboran en los centros urbanos. (115)

En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, 12% ejerce en el estado, 12% en una institución autónoma, 68% en institución privada, en su mayoría clínicas privadas, 8% en el área no institucional. No se encontró médicos laborando en ONG´s.

En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que 96% se desempeña en la clínica y de estos, 67% son médicos masculinos. El 96% de médicos se dedica a la práctica clínica y únicamente 4%, correspondiente a un médico de sexo masculino, labora en puesto administrativo. No se encontró

ningún médico que se dedique a la investigación o docencia como actividad prioritaria.

En cuanto al grado académico que poseen los médicos entrevistados, 39% posee solamente licenciatura de médico y cirujano, de estos 55% es de sexo femenino. No se encontró ningún médico realizando residencia, ya que en el municipio no existe un hospital regional o alguna otra entidad que cuente con programa de posgrado. El 50% posee alguna especialización y 11% subespecialización. No se encontró ningún médico con maestría, doctorado o posdoctorado en el municipio.

En lo referente a la universidad que extendió el título de médico y cirujano, 96% corresponde a la Universidad de San Carlos de Guatemala, de los cuales 67% son de sexo masculino y el resto corresponde a un médico egresado de universidad extranjera en la República de Cuba.

La presencia en el departamento de 96% de médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse por la corta trayectoria de esta carrera en las demás universidades del país como la Universidad Rafael Landívar, la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que imparte la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aun se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

Las especialidades con mayor número de médicos en el departamento son Ginecología y Obstetricia, con 36%, seguida de Medicina Interna y Pediatría con 21% respectivamente. El tercer lugar lo ocupa Cirugía con 14%, seguida de oftalmología con 7%. El predominio de ginecoobstetras, pediatras y médicos internistas puede explicarse por la mayoría de pacientes que requieren

atención en las ramas materno-infantil y pacientes de edad avanzada. El total de especialistas labora en el sector privado y se dedica a la práctica clínica.

La totalidad de médicos subespecialistas es de sexo masculino. Estos médicos se encuentran distribuidos equitativamente con 33% en Geriatría, Nefrología y Oculoplástica respectivamente. Todos laboran en área urbana y se dedican a la práctica clínica en el sector privado.

El sistema de salud de Morales enfrenta una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

6.2.2.5 Puerto Barrios

En este municipio, se encontró 77 médicos para una población de 96,259[1] habitantes, lo que representa una proporción de 1 médico por 10,000 habitantes y 0.06 médicos por km^2.

[1] Proyección para año 2008, INE

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe un déficit de 164 médicos para cubrir a la población departamental, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Sin embargo la discrepancia no es solo cuantitativa, sino también de distribución de personal, ya que las cifras son aún menores en áreas rurales. (8, 11)

Del total de médicos 65 accedieron a ser entrevistados, de los cuales 82% es de sexo masculino, con una razón de masculinidad de 4.42. Con respecto a los médicos de sexo masculino, 87% se ubica en el rango de edad de 31 a 60 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, el rango predominante comprende de <31 a 40 años con 83%. El promedio de edad total es de 42 años, siendo el médico de mayor edad de 44 años y el de menor edad de 33 años. El predominio del sexo masculino puede atribuirse al grupo etáreo al que éstos pertenecen, ya que en la época en que se formaron el acceso a estudios superiores para la mujer era limitado.

En relación al estado conyugal de los médicos del municipio, se encontró un predominio de médicos casados con 66% en los de sexo masculino, mientras que en los médicos de sexo femenino predominaron los solteros con 50%.

El 98% de los médicos entrevistados reside en el área urbana. El 100% ejerce la profesión de médico y cirujano, de los cuales solamente uno posee además licenciatura en administración de empresas.

El 63% de los médicos labora en más de un lugar, de ellos 74% en dos lugares, 24% en tres lugares y 2% en cuatro lugares, que corresponde a un médico de sexo masculino.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y el público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el municipio de Puerto Barrios se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

El 97% de médicos labora en el área urbana. De los médicos que laboran en el área rural todos pertenecen al sexo masculino. En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, 35% ejerce en el estado, 28% en una institución autónoma, 37% en institución privada. No se encontró médicos laborando en ONG´s ni establecimientos no institucionales. En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que todos los de sexo femenino se dedican a la práctica clínica, mientras que en el sexo masculino 96% se dedica a la clínica y el resto se desempeñan en puestos administrativos.

No se encontró médicos que se dediquen a la docencia ni a la investigación, sin embargo este dato puede haber sido alterado ya que únicamente se tomo en cuenta el tipo de práctica que el médico señalaba como prioritaria.

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, el 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Además, las largas distancias

hasta los servicios de salud. Todo esto conlleva a la mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

Así también, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (116)

En cuanto al grado académico de los médicos entrevistados, el 26% posee solamente licenciatura de médico y cirujano, 17% realizando residencia, 45% especialización, 3% subespecialización, y 9% maestría.

La presencia en el municipio de 95% de médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse por la corta trayectoria de esta carrera en las universidades privadas. Otro factor determinante es el económico ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aun se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

Con referencia a los médicos que actualmente están realizando residencia, se encontró que 58% es de sexo masculino.

En relación a los médicos que ya poseen especialización, se encontró que de un total de 32 especialistas, el 88% es de sexo masculino y solamente uno se encuentra laborando en área rural. Las especialidades encontradas con mayor frecuencia fueron cirugía, ginecología y pediatría con 19% cada una, le sigue la especialidad de traumatología y ortopedia con 13%, a continuación se situó medicina interna con 9%; seguida de anestesiología con 6%. Únicamente se encontró un radiólogo que corresponde al 3%. Del total de especialistas solamente uno se dedica

labores administrativas, el resto se desempeña en la práctica clínica.

La mayor cantidad de especialistas en pediatría y ginecología puede deberse a la percepción del médico de la realidad nacional y las necesidades del país, donde existe un predominio notable de la población materno-infantil.

El total de médicos subespecialistas son de sexo masculino. Estos se encuentran distribuidos en cirugía gastrointestinal y colposcopía. Ambos se dedican a la clínica como tipo de práctica profesional en consultorio privado localizado en área urbana.

Del total de médicos entrevistados en este municipio se encontró que 6 de ellos cuentan con alguna maestría, todos de sexo masculino. El 86% del total labora en área urbana, 67% labora en instituciones estatales, el resto lo hace en instituciones autónomas y privadas con 17% cada uno. Todos los médicos con maestría se dedican a la clínica como tipo de práctica profesional.

No se encontró ningún médico con estudios de doctorado ni postdoctorado en el municipio.

En este municipio se puede observar que más del 70% de los médicos se encuentra realizando residencia, cuentan con especialidad, subespecialidad o maestría; lo cual beneficia directamente a la población, ya que esto les permite tener acceso a médicos especializados que les brinden atención integral y personalizada según la patología, sin necesidad de trasladarse hasta la ciudad capital para acceder a los mismos. Sin embargo éstos siguen siendo insuficientes para cubrir las necesidades de la población.

El sistema de salud de Puerto Barrios sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que

atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las

zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

6.3 Petén

En el departamento de Petén no se contó con el listado oficial de médicos colegiados, ya que no fue proporcionado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, por lo que se realizó un barrido en busca de los mismos para la realización de la encuesta.

En este departamento, se encontró 112 médicos para una población de 563,832[1] habitantes, lo que representa una proporción de 2 médicos por 10,000 habitantes y 0.003 médicos por km^2. Todos los médicos accedieron a ser entrevistados, de ellos 75% es de sexo masculino.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el departamento muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 804 médicos para cubrir a la población departamental, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Pero el problema no es solo de números, es también de distribución de personal. Ya que las cifras son menores en áreas rurales. (8, 11)

[1] Proyección para año 2008, INE

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el departamento, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto también a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

Con respecto a los médicos de sexo masculino, 52% se ubica en el rango de edad de < 30 a 50 años y 23% entre las edades de 51 a 70 años, con promedio de edad de 43 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, el rango predominante comprende de < 31 a 60 años, con promedio de edad de 37 años. El médico de menor edad es de 26 años y el de mayor edad de 64 años. (Ver cuadro No. 1 del departamento de Petén).

Esto muestra que el grupo de médicos masculinos continúa trabajando después de los 60 años, a diferencia de los de sexo femenino. Esto se correlaciona con datos obtenidos a nivel nacional, donde la edad de jubilación sobrepasa a los 65 años, especialmente para la población masculina. (91)

En relación al estado conyugal de los médicos del departamento 69% de los encuestados está casado y 21% es soltero. El estado conyugal de viudo, separado y unido representa un 10% del total. Se encontró que 99% de los médicos entrevistados reside en el área urbana. (Ver cuadro No. 2 a 3 del departamento de Petén).

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, el 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios

básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Además, las largas distancias hasta los servicios de salud. Todo esto conlleva a la mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. Además, la mayoría de los médicos se encuentran casados, ya que un gran porcentaje de ellos son mayores de 30 años y en nuestra cultura esa es la edad promedio estipulada para casarse.(115)

El 98% ejerce la profesión de médico y cirujano y el resto, no labora como médicos y cirujanos y posee otra profesión. El 59% de los médicos labora en más de un lugar, de ellos 37% en dos lugares, 14% en tres lugares, 6% en cuatro lugares, 1% en cinco lugares y 1% en 6 lugares, siendo este último el único caso representado en su totalidad por el sexo masculino. El 99% de médicos labora en el área urbana y de este, 74% corresponde a los médicos de sexo masculino. Del total de médicos que labora en el área rural, 100% es de sexo femenino.

En relación al tipo de institución en la que laboran los médicos, 55% ejerce en el estado, 71% de sexo masculino, 1% en una institución autónoma en su totalidad médicos masculinos, 26% en institución privada, 88% de sexo masculino, 2% en ONGs, 50% de sexo masculino, y 16% en el área no institucional como sus clínicas particulares, 67% de sexo masculino. En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que 94% se dedica a la clínica y de estos, 82% es de sexo masculino. Ninguno se dedica a práctica docente, 1% se dedica a investigación en su totalidad de sexo masculino y 4% a labores administrativas, de ellos 75% es de sexo masculino. (Ver cuadros No. 4 a 18 del departamento de Petén).

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y el público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el departamento se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el público ya que el departamento cuenta con un Hospital Regional y uno Distrital lo cual acapara a la mayoría de los médicos y como en este trabajo se tomó el tipo

de institución en que trabajan según la prioridad de los médicos, los resultados se mostraron con esta tendencia. (91)

De los médicos entrevistados, 41% posee únicamente, licenciatura de médico y cirujano, 8% está realizando residencia, 34% posee especialización, 6% Subespecialización, y 11% maestría. (Ver cuadro No. 19 del departamento de Petén).

A nivel departamental se puede observar que más del 50% de los médicos se encuentra realizando residencia, cuentan con especialidad, subespecialidad o maestría; lo cual beneficia directamente a la población, ya que esto les permite tener acceso a médicos especializados que les brinden atención integral y personalizada según la patología, sin necesidad de trasladarse hasta la ciudad capital para acceder a los mismos, lo que a su vez disminuye los gastos. Sin embargo estos siguen siendo insuficientes para cubrir las necesidades de la población.

De los médicos encuestados, 94% egresó de La Universidad de San Carlos de Guatemala y 6% restante de una universidad extranjera. (Ver cuadro No. 20 del departamento de Petén).

La presencia en el departamento de 94% de médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse por la corta trayectoria de esta carrera en las demás universidades del país como la Universidad Rafael Landívar, la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aun se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

Con referencia a los médicos que se encuentran realizando una residencia, 82% es de sexo masculino. El 27% del total de médicos residentes es de Traumatología y Ortopedia en su totalidad de sexo masculino, 18% Pediatría, todos de sexo femenino, 18% Ginecología, y el resto se encuentra realizando Anestesiología, Cirugía y Radiología. (Ver cuadro No. 21 del departamento de Petén).

El bajo porcentaje de médicos realizando residencia en el departamento se debe a que solo existe un programa de residencia en el Hospital Regional y en el Distrital.

La especialidad con mayor número de médicos en el departamento es 26% Ginecología y Obstetricia, 19% Pediatría, en su totalidad de sexo masculino, y Medicina Interna, Cirugía y Traumatología y Ortopedia 11% respectivamente.

El 100% de los especialistas masculinos labora en el área urbana. Por el contrario en el sexo femenino, en donde 92% labora en el área urbana, de las cuales 58% de ellas son ginecólogas, y 8% labora en el área rural, que corresponde a una especialista en Radiología. En lo referente al tipo de institución en la que laboran los médicos especialistas, 47% labora en una institución estatal, 34% en una privada, 19% en una no institucional, ningún médico labora en una ONG ni en una institución autónoma.

El 97% de los especialistas masculinos se dedica a la práctica clínica y el resto a la investigación. En el sexo femenino, 83% se dedica a la clínica, 8% a la administración y 8% a la investigación. (Ver cuadros No. 22 a 31 del departamento de Petén).

En el departamento de Petén, 88% de los médicos subespecialistas es de sexo masculino. Estos se encuentran distribuidos en Cirugía de Columna, Gastroenterología, Genética, Infertología y Neonatología con un 14% respectivamente.

El 100% de los subespecialistas se encuentra ubicado en el área urbana. De los subespecialistas, 64% labora en el sector privado y el resto en el sector estatal. El total de los subespecialistas, en ambos sexos, se dedica a la práctica clínica. (Ver cuadros No. 32 a 41 del departamento de Petén).

El 88% de los médicos que cuenta con una maestría es de sexo masculino. La maestría con mayor porcentaje es, 22% en Epidemiología, 15% en Gestión y Servicios de Salud y 15% en Medicina Forense; el resto se distribuye equitativamente en otras maestrías. Todos los médicos que

cuentan con una maestría trabajan en el área urbana. El 75% de ellos labora en la institución estatal, 12% en la privada, 7% en la autónoma y 6% en una ONG. El 87% se dedica a la práctica clínica y el resto se dedica a la administrativa. (Ver cuadros No. 42 a 51 del departamento de Petén).

Como se observa, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. También se observa un marcado predomino del sexo masculino, en lo referente al tipo de estudios que posee cada médico, esto debido a factores mencionados anteriormente. (2, 5, 17, 18)

En el departamento de Petén no se encontró ningún médico con estudios de doctorado ni de postdoctorado. (Ver cuadros No. 52 a 71 del departamento de Petén).

Esta ausencia se debe a la escasa o nula demanda de la población hacia servicios de salud más especializados.

El sistema de salud de Petén sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el departamento de Petén mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo

otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.3.1 Limitaciones

Durante la realización del estudio en el departamento de Petén, se encontraron algunas limitaciones tanto en la cabecera como en los municipios, una de las principales fue carecer de un listado, previamente a realizar la encuesta, de médicos colegiados para poder ubicar a los médicos con facilidad. En la cabecera departamental, la cantidad de médicos, su presencia en el momento, sus deseos de participación y los horarios de estos, no permitían abarcar a varios profesionales en un período de tiempo corto, por lo que se tuvo la necesidad de utilizar varios días para la actividad, además de las largas distancias que se tenían que recorrer. Fueron pocos los médicos que se negaron a participar y que fueron encuestados en otros departamentos, pero sí se presentaron casos. A nivel de municipios, la mayoría de las urbanizaciones son desordenadas, carecen de señalización de calles y avenidas y se encuentran en mal estado general, por lo que se prolongaba el tiempo en localizar las clínicas médicas y sanatorios de los lugares.

6.3.2 Discusión por Municipios

6.3.2.1 Dolores

En este municipio se encontró 2 médicos para una población de 44,358[1] habitantes, lo que representa una proporción de 0.5 médicos por 10,000 habitantes y 0.0001 médicos por km^2. Los 2 médicos encontrados accedieron a ser entrevistados, 50% es de sexo masculino.

[1] Proyección para año 2008, INE

En el Reporte Mundial de la Salud de la OPS del año 2006 se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes. De acuerdo a los datos obtenidos en el municipio se observa una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Existe una carencia de 109 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Pero el problema no es solo la falta de médicos, sino también la distribución de éstos, ya que la mayoría labora en áreas urbanas. (8,11)

Con respecto a los médicos de sexo masculino, 100% se ubica en el rango de edad < 30 años, con un promedio de edad de 30 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, el rango predominante comprende de 31 a 40 años, con un promedio de edad de 36 años.

En relación al estado conyugal de los médicos del municipio, 50% de los encuestados está unido y 50% es soltero.

Se encontró que 100% de los médicos entrevistados reside en el área urbana, lo que evidencia la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la rurales, no tenga acceso a los servicios de salud. (2, 5, 17, 18)

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, el 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional.
Además, las largas distancias hasta los servicios de salud.

Todo esto conlleva a la mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

El 100% ejerce la profesión de médico y cirujano y ninguno de los entrevistados posee otra profesión. El 100% de los médicos labora en un lugar.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y el público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. (91)

El 100% de médicos labora en el área urbana, 50% de sexo masculino. El 100% labora en instituciones estatales. En lo referente al tipo de práctica profesional que realizan los médicos, se encontró que 100% se dedica a la clínica, 50% de sexo masculinos.

De los médicos entrevistados, el 100% posee solamente licenciatura de médico y cirujano, lo cual perjudica directamente a la población, ya que no poseen acceso a médicos especializados que les brinden atención integral y personalizada según la patología. Obligando a la población a trasladarse a otros centros urbanos para recibir atención médica especializada.

En lo referente a la universidad que extendió el título de médico y cirujano, 50% fue extendido por la Universidad de San Carlos de Guatemala, 100% de sexo masculino, el otro 50% fue extendido por universidades cubana, 100% de sexo masculino.

La presencia en el departamento de 50% de médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala

puede explicarse por la corta trayectoria de esta carrera en las demás universidades del país como la Universidad Rafael Landívar, la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín.

Otro factor determinante es el económico ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aun se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

No se encontró médicos realizando residencia en el municipio, ya que éste no cuenta con un hospital o institución médica apta para ésta tarea.

No se encontró médicos que posean especialidad, subespecialidad, maestría, doctorado o postdoctorado en este municipio, lo cual puede explicarse por la escasez de oportunidades de trabajo y la escasa remuneración ofrecida por el sistema de salud estatal.

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 con el fin que la comunidad global, durante los 10 años siguientes enfocase su atención a 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. Se puede observar que esta política no se ha cumplido a cabalidad, ya que los médicos en el municipio no reciben apoyo de las autoridades, e inclusive laboran sin ciertas prestaciones, malos salarios y sin equipo indispensable. (39, 105, 106)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de Dolores mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando, espacios

físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.3.2.2 Flores

En este municipio, se encontró 22 médicos para una población de 49,197[1] habitantes, lo que representa una proporción de 4 médicos por 10,000 habitantes y 0.003 médicos por km^2. Todos los médicos accedieron a ser entrevistados, de ellos 75% es de sexo masculino.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 804 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Pero el problema no es solo de números, es también de distribución de personal, ya que las cifras son menores en áreas rurales. (8,11)

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el municipio, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto también a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre

[1] Proyección para año 2008, INE

todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

Con respecto a los médicos de sexo masculino, todos se ubican en el rango de edad de < 30 a 60 años, con promedio de edad de 43 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, el rango predominante comprende de < 31 a 50 años, con promedio de edad de 38 años. El grupo de médicos masculinos continúa trabajando después de los 60 años, a diferencia de los de sexo femenino.

Esto se correlaciona con datos obtenidos a nivel nacional, donde la edad de jubilación sobrepasa a los 65 años, especialmente para la población masculina. (91)

En relación al estado conyugal de los médicos del municipio 82% de los encuestados está casado, 9% está unido y 9% soltero. Se encontró que 82% reside en el área urbana.

Todos ejercen la profesión de médico y cirujano y 82% es de sexo masculino.

Como se observa, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

El 54% de los médicos labora en más de un lugar, de ellos 27% en dos lugares, 22% en tres lugares y 4% en cuatro lugares, siendo este último el único caso representado por el sexo femenino.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y el público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el municipio se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (116)

El 100% de médicos labora en el área urbana y de este 81% corresponde a los médicos de sexo masculino. En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, 27% labora en el estado, 100% médicos masculinos, 4% en una institución autónoma en su totalidad médicos masculinos, 64% en institución privada, 50% de sexo masculino, ninguno en ONGs y 4% en el área no institucional, todos de sexo femenino. En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que 86% se dedica a la clínica y de estos, 68% de sexo masculino. Ninguno se dedica a práctica docente, 4% se dedica a investigación y 9% a administración, todos de sexo masculino respectivamente.

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, el 90% de los médicos, prefieren trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Además, las largas distancias hasta los servicios de salud. Todo esto conlleva a la mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

De los médicos entrevistados, el 10% posee únicamente licenciatura de médico y cirujano, ninguno está realizando residencia, 57% especialización, 20% Subespecialización, y 13% maestría.
A nivel municipal se puede observar que más del 50% de los médicos cuentan con una especialidad, subespecialidad o maestría; lo cual beneficia directamente a la población, ya que esto les permite tener acceso a médicos especializados que les brinden atención integral y personalizada según la patología, sin necesidad de trasladarse hasta la ciudad capital para acceder a los mismos, lo que a su vez disminuye los gastos. Sin embargo estos siguen siendo insuficientes para cubrir las necesidades de la población.

El nulo porcentaje de médicos realizando residencia en el municipio se debe a que solo existe un programa de residencia en el Hospital Regional de San Benito y en el Distrital de Melchor de Mencos.

La presencia en el municipio de 96% de médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse por la corta trayectoria de esta carrera en las demás universidades del país como la Universidad Rafael Landívar, la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aun se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

La especialidad con mayor número de médicos en el municipio es 24% Medicina Interna, 17% de sexo masculino, 24% Traumatología y Ortopedia, todos de sexo masculino, y 18 Ginecología y Obstetricia, 12% de sexo masculino. El 100% de los especialistas masculinos labora en el área urbana. En lo referente al tipo de institución en

la que se encuentran ubicados los médicos especialistas, 24% trabaja en una institución estatal, 71% en una privada, 6% en una no institucional, ningún médico trabaja en una ONG ni en una institución autónoma. El 94% de los especialistas se dedica a la práctica clínica y el resto a la investigación.

En el municipio de Flores, 84% de los médicos subespecialistas es de sexo masculino. Estos se encuentran distribuidos en Cirugía de Columna, Gastroenterología e Infertología con 17% respectivamente. Todos los subespecialistas se encuentran ubicados en el área urbana. De los subespecialistas, 83% labora en el sector privado y el resto en el sector estatal. Todos los subespecialistas, en ambos sexos, se dedican a la práctica clínica.

Todos los médicos que cuentan con una maestría son de sexo masculino. La maestría con mayor porcentaje es, Gerencia de Hospitales, Gestión y Servicios de Salud, Medicina Forense, Salud Internacional y Enfermedades Tropicales, con 25% cada una. Todos laboran en el área urbana. El 75% de ellos labora en institución estatal y el resto en autónoma. El 50% se dedica a la práctica clínica y el resto se dedica a la administrativa.
En el municipio de Flores no se encontró ningún médico con estudios de doctorado, ni postdoctorado.

La presencia de especialistas y médicos con maestrías puede explicarse por la creciente demanda de la población hacia servicios de salud más especializados, mientras que la escasa o nula oferta de doctorados y postdoctorados en el municipio explicaría la ausencia de este tipo de profesionales.

El sistema de salud de Flores sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales

como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de Flores mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.3.2.3 La Libertad

En este municipio, se encontró 2 médicos para una población de 101,378[1] habitantes, lo que representa una proporción de 0.2 médicos por 10,000 habitantes y 0.0003 médicos por km^2. Del total de médicos, 2 accedieron a ser entrevistados, de ellos 100% es de sexo masculino.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una

[1] Proyección para año 2008, INE

carencia de 248 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Pero el problema no es solo de números, es también de distribución de personal. Ya que las cifras son menores en áreas rurales. (8, 11)

Con respecto a los médicos de sexo masculino 50%, se ubica en el rango de edad de < 31 a 40 años y 50% entre el rango de 51 a 60 años. En relación al estado conyugal de los médicos entrevistados del Municipio 100% está casado, reside en el área urbana, y ejerce como Médicos y Cirujanos, sin poseer otra profesión.

El 50% de médicos labora en más de un lugar, y el otro 50% en dos lugares.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y el público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el municipio se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (115)

El 100% de médicos labora en el área urbana y es de sexo masculino.

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. (39, 105, 106)

Esta política no se ve cumplida en el municipio, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto también a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria.

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, 50% ejerce en el estado y el resto en una institución privada.

En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que todos se dedican a la clínica. Ninguno de estos médicos se dedica a la docencia y el resto trabaja en el campo administrativo.

De los médicos entrevistados, todos poseen únicamente licenciatura de médico y cirujano, ninguno está realizando residencia, o posee especialización, Sub-especialización, maestría o doctorado.

En lo referente a la universidad que extendió el título de médico y cirujano 100% es de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

La presencia en el departamento de 100% de médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse por la corta trayectoria de esta carrera en las demás universidades del país como la Universidad Rafael Landívar, la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aun se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

El grupo de médicos masculinos continúa trabajando después de los 50 años.

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, el 90% de médicos, prefiere trabajar en el área urbana.
Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Además, las largas distancias hasta los servicios de salud. Todo esto conlleva a la mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

El sistema de salud de La Libertad sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los

porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud del municipio de La Libertad mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.3.2.4 Melchor de Mencos

En este municipio, se encontró 10 médicos para una población de 21,184[1] habitantes, lo que representa una proporción de 5 médicos por 10,000 habitantes y 0.0003 médicos por km^2. Todos los médicos accedieron a ser entrevistados y son de sexo masculino.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 804 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Pero el problema no es solo de números, es también de distribución de personal. Ya que las cifras son menores en áreas rurales. (8, 11)

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 años siguientes enfoque su atención en los

[1] Proyección para año 2008, INE

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. Esta política no se ve cumplida en el municipio, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto también a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

Con respecto a los médicos 78%, se ubica en el rango de edad de <30 a 50 años y 22% entre las edades de 51 a 70 años, con promedio de edad de 41 años.

El grupo de médicos masculinos continúa trabajando después de los 60 años. Esto se correlaciona con datos obtenidos a nivel nacional, donde la edad de jubilación sobrepasa a los 65 años, especialmente para la población masculina. (91)

En relación al estado conyugal de los médicos del municipio 89% de los encuestados están casados y el resto son solteros. Se encontró que 100% de los médicos entrevistados residen en el área urbana y ejercen la profesión de médico y cirujano.

En este municipio, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, el 90% de médicos, prefieren trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Además, las largas distancias hasta los servicios de salud. Todo esto conlleva a la mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115, 116)

El 89% de médicos labora en dos lugares y el resto labora en un lugar.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y el público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el municipio se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

El 100% de médicos labora en el área urbana. En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, 56% ejerce en el estado y el resto en la privada. En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que 100% se dedica a la clínica.

De los médicos entrevistados, el 20% posee únicamente licenciatura de médico y cirujano, 20% está realizando residencia, 30% posee especialización y 30% maestría.

A nivel municipal se puede observar que más del 50% de los médicos se encuentra realizando residencia y cuenta con

especialidad, subespecialidad o maestría; lo cual beneficia directamente a la población, ya que esto les permite tener acceso a médicos especializados que les brinden atención integral y personalizada según la patología, sin necesidad de trasladarse hasta la ciudad capital para acceder a los mismos, lo que a su vez disminuye los gastos. Sin embargo estos siguen siendo insuficientes para cubrir las necesidades de la población.

La presencia en el municipio de 100% de médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse por la corta trayectoria de esta carrera en las demás universidades del país como la Universidad Rafael Landívar, la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aun se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

El 50% del total de médicos residentes es de Traumatología y Ortopedia y el resto de Cirugía. La especialidad con mayor número de médicos en el departamento es 67% Ginecología y Obstetricia y el resto pertenece a Pediatría. El 100% de especialistas masculinos labora en el área urbana, por el contrario en el sexo femenino, en donde 92% labora en el área urbana. En lo referente al tipo de institución en la que se encuentran ubicados los médicos especialistas, 67% labora en una institución estatal y el resto en una privada.

El 100% de especialistas masculinos se dedica a la práctica clínica. Las maestrías con mayor porcentaje son, Administración Pública y Salud Pública, Gestión en Salud y Salud Pública con 33% cada una. El 67% labora en la institución privada y el resto en la estatal. Todos se dedican a la práctica clínica.

En el municipio de Melchor de Mencos no se encontró ningún médico con subespecialidad, doctorado, ni postdoctorado.

El poco porcentaje de médicos realizando residencia en el municipio se debe a que solo existe un programa de residencia en el Hospital Distrital del mismo.

La presencia de especialistas y médicos con maestrías puede explicarse por la creciente demanda de la población hacia servicios de salud más especializados, mientras que la escasa o nula oferta de subespecialistas, doctorados y postdoctorados en el municipio explicaría la ausencia de este tipo de profesionales.

El sistema de salud de Melchor de Mencos sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de Melchor de Mencos mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el

trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.3.2.5 Poptún

En el municipio, se encontró 20 médicos para una población de 55,206[1] habitantes, lo que representa una proporción de 4 médicos por 10,000 habitantes y 0.0006 médicos por km^2. Todos los médicos accedieron a ser entrevistados, 60% es de sexo masculino.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 118 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Pero el problema no es solo de números, es también de distribución de personal. Ya que las cifras son menores en áreas rurales. (8,11)

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, el 90% de los médicos, prefieren trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Además, las largas distancias hasta los servicios de salud. Todo esto conlleva a la mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

[1] Proyección para año 2008, INE

Con respecto a los médicos de sexo masculino, 50% se ubica en el rango de edad de < 30 a 50 años y 50% entre las edades de 51 a 70 años, con un promedio de 48 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, el rango predominante comprende de 31 a 50 años, con un promedio de 38 años.

El grupo de médicos masculinos continúa trabajando después de los 60 años. Esto se correlaciona con datos obtenidos a nivel nacional, donde la edad de jubilación sobrepasa a los 65 años, especialmente para la población masculina. (91)

En relación al estado conyugal de los médicos del municipio, 65% es soltero, 30% es casado y 5% está unido. Se encontró que 100% reside en el área urbana.

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

El 100% ejerce la profesión de médico y cirujano y ninguno posee otra profesión. El 60% de médicos labora en más de un lugar, 50% labora en dos lugares y 10% en tres lugares. El 100% de médicos labora en el área urbana, 60% corresponde a médicos de sexo masculino.

En relación a las instituciones en las que labora, 75% ejerce en el estado, 60% es de sexo masculino, y 25% en el área no institucional, 60% es de sexo masculino.

En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que 95% se dedica a la

clínica, 58% es de sexo masculino. El 5% labora a nivel administrativo, en su totalidad de sexo masculino.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar.

El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y el público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud.

En el municipio se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

De los médicos entrevistados, el 38% posee únicamente licenciatura de médico y cirujano, 3% realiza residencia, 20% posee especialización y 7% posee maestría.

La presencia en el municipio de 100% de médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse por la corta trayectoria de esta carrera en las demás universidades del país como la Universidad Rafael Landívar, la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aun se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

Con referencia a los médicos que actualmente realizan residencia, se encontró una distribución equitativa entre ambos sexos.

El bajo porcentaje de médicos realizando residencia en el municipio se debe a que solo existe un programa de residencia en el hospital Nacional de Poptún.
Las especialidades con mayor número de médicos en el municipio son 50% Ginecología y Obstetricia, todos de sexo femenino, 17% pediatría, todos de sexo femenino, 16% cirugía, todos de sexo femenino y 16% traumatología, todos de sexo masculino.

No se encontró médicos con subespecialidad en el municipio.

El 50% de médicos encuestados posee maestría, y es de sexo masculino. No se encontró médicos con subespecialidad, doctorado o postdoctorado en el municipio.

La presencia de especialistas y médicos con maestrías puede explicarse por la creciente demanda de la población hacia servicios de salud más especializados, mientras que la escasa o nula oferta de doctorados y postdoctorados en el municipio explicaría la ausencia de este tipo de profesionales.

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. (39, 105, 106)

Esta política no se ve cumplida en el departamento, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral.

Esto también a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria.

El sistema de salud de Poptún sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de Dolores mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando, espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.3.2.6 San Andrés

El municipio de San Andrés cuenta con 1 médico de sexo masculino, de 52 años de edad. Su estado conyugal es casado y reside en el área urbana. Él es el médico para cubrir una población de 35,106[1] habitantes. Sin embargo

[1] Proyección para año 2008, INE

dicho médico no labora como tal, si no se dedica a trabajar en su finca, por lo que este municipio no cuenta con ningún médico para la atención en salud de la población.

La ausencia de médicos en este municipio puede atribuirse a su poco desarrollo económico así como a la distancia, la mayoría de médicos del departamento de Petén se encuentran concentrados en San Benito y es donde se cuenta con mejores oportunidades de trabajo, de vida, así como mejor disposición de recursos. Por lo que la población tiene la necesidad de transportarse hasta ese municipio para buscar atención en salud.

Su grado académico es únicamente la Licenciatura de Médico y Cirujano, egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

No se encontró ningún médico con especialidad, subespecialidad, maestría, doctorado ni postdoctorado. San Andrés cuenta con puesto de salud el cual es atendido por una enfermera auxiliar.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 87 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. (8,11)

6.3.2.7 San Benito

En éste municipio se encontró un total de 41 médicos para cubrir una población de 49,402[1] habitantes, lo que representa una proporción de 8 médicos por cada 10,000 habitantes y 0.0008 médicos por km^2.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 82 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Pero el problema no es solo de números, es también de distribución de personal, ya que las cifras son menores en áreas rurales. (8,11)

Del total de médicos 73% es de sexo masculino. Vemos nuevamente reflejada la inequidad de género en cuanto a profesionales en el interior de nuestro país, dada porque desde hace muchos años el hombre ha tenido mayor acceso a la educación mientras a la mujer se le destinaba el cuidado del hogar y los hijos, con los años esto ha ido cambiando pero aún vemos que el progreso es lento sobretodo en estas áreas del país. De éstos, 66% es casado, 56% de sexo masculino.

Con respecto al los médicos de sexo masculino, 46% se ubica en el rango de edad de < 30 a 50 años y 20% entre 51 y 70 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, el rango predominante comprende de 31 a 60 años.

[1] Proyección para año 2008, INE

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el municipio, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto también a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

Se encontró que 100% de los médicos practican su profesión en el área urbana lo cual demuestra la centralización de los servicios en salud, esto se debe también a que los médicos buscan tener facilidad de acceso de disposición de recursos, mejor calidad de vivienda y estilo de vida.

El sistema de salud de San Benito sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda las necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas.

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, el 90% de médicos, prefieren trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar

la formación profesional. Además, las largas distancias hasta los servicios de salud. Todo esto se correlaciona con los datos obtenidos en este municipio donde la mayoría de médicos residen y laboran en los centros urbanos. (115)

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo. (2, 5, 17,18)

De los médicos de San Benito el 95% es egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala, así también se encontraron 2 médicos extranjeros egresados en las universidades en sus países natales.

La presencia en el departamento de 95% de médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse por la corta trayectoria de esta carrera en las demás universidades del país como la Universidad Rafael Landívar, la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aun se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

El 63% de médicos encuestados labora en más de un lugar, ya que se ve en la necesidad de mejorar su acceso de recursos económicos para satisfacer las necesidades básicas y en la búsqueda de una mejor calidad de vida ya que 2% labora en 5 y 6 lugares respectivamente.

El 59% labora en la institución estatal, 12% en la privada, 5% en ONG´s, y 24% en lo no institucional. Nadie labora

en Instituciones autónomas. De todos éstos el 100% tiene una práctica profesional en el área clínica.

Se encontró 7 médicos que actualmente se encuentran realizando residencia, de los cuales 29% corresponde a Pediatría y Anestesiología, Cirugía General, Ginecología, Radiología, y Traumatología con 14% respectivamente. El 100% labora en el área urbana.

Se encontró 2 médicos con subespecialización, uno de ellos genetista y el otro neonatólogo, ambos de sexo masculino y laboran en el casco urbano, en institución estatal con una práctica puramente clínica.

Se encontró 3 médicos que realizaron una maestría, entre estas una en medicina forense, una en medicina legal y una en videolaparoscopía. El 100% de sexo masculino labora en el casco urbano, institución estatal, con una práctica profesional clínica únicamente.

No se encontró ningún médico con doctorado ni postdoctorado.

Esto refleja que actualmente a nivel municipal hay una depresión en el nivel salarial que dificulta a los habitantes acceder al sistema de salud. Hasta que no mejore la situación de pobreza de los habitantes y se tenga acceso a los servicios básicos de salud y asistencia social, San Benito seguirá lejos de cumplir los objetivos del Milenio en cuanto a reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna para el año 2015. (8,11)

6.3.2.8 San Francisco

En el Municipio de San Francisco no se encontró ningún médico.

6.3.2.9 San José

El municipio de San José, cuenta con un médico para 4,929[1] habitantes. Éste es de sexo masculino y tiene 54 años. Su estado conyugal es casado y reside en el área urbana. Él es el único médico para cubrir una población de aproximadamente 4,586[1] habitantes, que representa una proporción de 2 médicos por cada 10,000 habitantes.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 11 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Pero el problema no es solo de números, es también de distribución de personal, ya que las cifras son menores en áreas rurales. (8,11)

La carencia de médicos en este municipio puede atribuirse a su poco desarrollo económico así como a la distancia, la mayoría de médicos del departamento de Petén se encuentran concentrados en San Benito, que es donde se cuenta con mejores oportunidades de trabajo, mejores oportunidades de vida y la disposición de más recursos.

[1] Proyección para año 2008, INE

El médico de San José, labora como médico y cirujano en un solo lugar, es el encargado del Centro de Salud de San José.

Su grado académico es únicamente la Licenciatura de Médico y Cirujano, egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

No se encontró ningún médico con especialidad, subespecialidad, maestría, doctorado ni postdoctorado.

San José es uno de los municipios con situación precaria en cuanto a servicios de salud ya que el Centro de Salud tipo B que se encuentra en la cabecera municipal, a cargo de un médico y una enfermera profesional, no es suficiente para brindar una atención especializada a la población.
En esta área se lleva acabo el sistema de referencia a otro nivel de atención ya que en el municipio no hay hospital estatal ni privado.

Esto nos demuestra que las estadísticas que se manejan para Guatemala están muy lejos de la realidad, la razón de médicos por 10,000 habitantes para el año 2005 en nuestro país era de 9.3, sin embargo el mayor número se concentra en el área metropolitana mientras que en algunos departamentos y sus municipios la razón es menor, como por ejemplo San José, donde la razón es de un médico para 4,000 habitantes. (8,11)

6.3.2.10 San Luis

En este municipio, se encontró 6 médicos para una población de 68,121[1] habitantes, lo que representa una proporción de 0.9 médicos por 10,000 habitantes y 0.0002

[1] Proyección para año 2008, INE

médicos por km^2. Los 6 médicos encontrados accedieron a ser entrevistados, de ellos 66% es de sexo masculino.

En el Reporte Mundial de la Salud de la OPS del año 2006 se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes. De acuerdo a los datos obtenidos en el municipio se observa una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Existe una carencia de 164 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Pero el problema no es solo la falta de médicos, sino también la distribución de éstos, ya que la mayoría labora en áreas urbanas. (8,11)

Con respecto a los médicos de sexo masculino, 100% se ubica en el rango de edad de 31 a 50 años, con un promedio de edad de 42 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, el rango predominante comprende de 41 a 60 años, con un promedio de edad de 52 años.

En relación al estado conyugal de los médicos del municipio 50% está casado, 16% es divorciado, 16% viudo y 16% soltero.

Se encontró que 83% de médicos entrevistados reside en el área urbana.

El 83% ejerce la profesión de médico y cirujano y solamente uno de los entrevistados labora como comerciante. El 100% de médicos labora en un lugar. El 80% de médicos labora en el área urbana, de estos 75% corresponde a médicos de sexo masculino.

En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, 40% labora en instituciones estatales, 40%

labora en a nivel no institucional y 20% labora en instituciones privadas.

En lo referente al tipo de práctica profesional que realizan los médicos, se encontró que 80% se dedica a la clínica, 50% es de sexo masculino, y 20% se dedica a labores administrativas, en su totalidad de sexo femenino.

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en la zona urbana, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la rural, no tenga acceso a los servicios de salud. (2, 5, 17, 18)

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, el 90% de los médicos, prefieren trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Además, las largas distancias hasta los servicios de salud. Todo esto conlleva a la mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

De los médicos entrevistados, 43% posee únicamente licenciatura de médico y cirujano, 28% especialización y 14% maestría.

A nivel municipal se observa que el 80% de médicos posee únicamente el título de médico y cirujano, lo cual perjudica directamente a la población, ya que limitan el acceso a médicos especializados que les brinden atención integral y personalizada según la patología. Esto obliga a la población a trasladarse a otros centros urbanos para recibir atención médica especializada.

En lo referente a la universidad que extendió el título de médico y cirujano, 67% fue extendido por la Universidad de San Carlos de Guatemala, 50% de sexo masculino, y 33% fue extendido por universidades extranjeras, todos de sexo masculino.

La presencia en el municipio de 67% de médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse por la corta trayectoria de esta carrera en las demás universidades del país como la Universidad Rafael Landívar, la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aun se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

Actualmente no se encuentran médicos realizando residencia, ya que este municipio no cuenta con un hospital que ofrezca un programa de postgrado.

El 33% posee una especialidad. El 50% corresponde a patología, todos de sexo masculino, y 50% radiología, todos de sexo femenino.

No se encontró médicos con subespecialidad, maestría, doctorado o postdoctorado en el municipio.

Los pocos especialistas y la ausencia de subespecialistas, médicos con maestrías, doctortados o postdoctorados, puede explicarse por la escasez de oportunidades de trabajo y remuneración económica ofrecida por el sistema de salud.

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 con el fin que la comunidad global,

durante los 10 años siguientes enfocase su atención a 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. Se puede observar que esta política no se ha cumplido a cabalidad, ya que los médicos en el municipio no reciben apoyo de las autoridades, e inclusive laboran sin ciertas prestaciones, malos salarios y sin equipo indispensable. (39, 105, 106)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de San Luis mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando, además de espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.3.2.11 Santa Ana

En el Municipio de Santa Ana no se encontró ningún médico.

6.3.2.12 Sayaxché

En este municipio, se encontró 8 médicos para una población de 94,407[1] habitantes, lo que representa una proporción de 0.9 médicos por 10,000 habitantes y 0.002 médicos por km^2. Todos los médicos accedieron a ser entrevistados, de ellos 75% es de sexo masculino.

[1] Proyección para año 2008, INE

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 217 médicos para cubrir a la población departamental, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Pero el problema no es solo de números, es también de distribución de personal, ya que las cifras son menores en áreas rurales. (8, 11)

Con respecto a los médicos de sexo masculino 33%, se ubica en el rango de edad de 31-40 años, 33% se ubica en el rango de 41 a 50 años y 33% entre las edades de 51 a 60 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, el rango de edad el 50% comprende de 31-40 años y el resto se encuentra entre el rango de 41-50 años.

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. (39, 105, 106)

Esta política no se ve cumplida en el municipio, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto también a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria.

En relación al estado conyugal de los médicos del municipio 62% está casado, 38% es soltero. No se encontró médicos viudos, separados y unidos.

Se encontró que de los entrevistados, 100% reside en el área urbana, ejerce la profesión de médico y cirujano y ninguno de los entrevistados posee otra profesión diferente.

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5,17,18)

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Además, las largas distancias hasta los servicios de salud. Todo esto conlleva a la mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

El 50% de médicos labora en más de un lugar, de los cuales, 75% en dos lugares y 25% en tres lugares, siendo este último el único caso representado en su totalidad por el sexo femenino.

El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y el público, da origen a distintas modalidades de

funcionamiento del sector salud. En el municipio se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

El 100% labora en el área urbana y de este, 75% corresponde a médicos de sexo masculino. En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, 87% labora en el estado, 71% es de sexo masculino, 12% en institución privada, todos de sexo masculino. En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que 100% se dedica a la clínica y de estos, 75% es de sexo masculino, y el resto a labores administrativas, 50% de sexo masculino.

De los médicos entrevistados, 62% posee únicamente licenciatura de médico y cirujano, 12% está realizando residencia, 25% posee especialización, y ninguno subespecialización, doctorado o postdoctorado.

En lo referente a la universidad que extendió el título de médico y cirujano 100% corresponde a la Universidad de San Carlos de Guatemala, de ellos 75% es de sexo masculino.
La presencia en el departamento de 100% de médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse por la corta trayectoria de esta carrera en las demás universidades del país como la Universidad Rafael Landívar, la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aun se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

Con referencia a los médicos que actualmente están realizando residencia, se encontró un medico masculino realizando Traumatología y Ortopedia. De los médicos que poseen especialidad, Epidemiología representa 100%, todos de sexo femenino.

La única maestría encontrada en el municipio fue la de Epidemiología y Salud Pública, que corresponde a un médico de sexo masculino.

El bajo porcentaje de médicos realizando residencia en el municipio se debe a que solo existe un programa de residencia en el hospital. La presencia de especialistas y médicos con maestrías puede explicarse por la creciente demanda de la población hacia servicios de salud más especializados, mientras que la escasa o nula oferta de doctorados y postdoctorados en el municipio explicaría la ausencia de este tipo de profesionales.

El sistema de salud de Sayaxché sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de Sayaxché mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.4 Zacapa

En el departamento de Zacapa no se contó con el listado oficial de médicos colegiados, ya que no fue proporcionado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, por lo que se realizó un barrido en busca de los mismos para la realización de la encuesta.

En este departamento, se encontró 118 médicos para una población de 213,313[1] habitantes, lo que representa una proporción de 6 médicos por 10,000 habitantes y 0.04 médicos por km^2. Del total de médicos que accedió a ser entrevistados, 64% es de sexo masculino.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el departamento muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional.

Así mismo, existe una carencia de 716 médicos para cubrir a la población departamental, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Esta discrepancia no es sólo cuantitativa sino también de distribución de personal ya que las cifras son menores en áreas rurales. (8,11)

Con respecto a los médicos de sexo masculino, 50% se ubica en el rango de edad de < 30 a 50 años y 25% entre la edad de 51 a 80 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, el rango predominante comprende < 31 a 60 años de edad. El promedio de edad es de 47 años en sexo masculino y

[1] Proyección para año 2008, INE

38 años en sexo femenino, siendo el médico de mayor edad de 72 años y el de menor edad de 24 años.

La razón encontrada de médicos de sexo masculino y femenino es de 2:1. (Ver cuadro No. 1 del departamento de Zacapa).

El grupo de médicos de sexo masculino continúa trabajando después de los 60 años, a diferencia de los de sexo femenino. Esto se correlaciona con datos obtenidos a nivel nacional, donde la edad de jubilación sobrepasa los 65 años. (91)

En relación al estado conyugal, 69% está casado y 26% soltero. El estado conyugal viudo, separado y unido representa 5% del total. (Ver cuadro No. 2 del departamento de Zacapa).

Se encontró que el total de médicos entrevistados reside y labora en área urbana, de ellos, 64% corresponde a médicos de sexo masculino. (Ver cuadro No. 3 del departamento de Zacapa).

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como: oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Todo esto conlleva a una mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial la que vive en zonas rurales, tenga mayor dificultad para acceder a los servicios de salud, lo que a su vez incrementa el costo al acceso de los mismos. (2, 5, 17, 18)

Todos ejercen la profesión de médico y cirujano y ninguno de los entrevistados posee otra profesión. (Ver cuadro No. 4 y 5 del departamento de Zacapa).

El 57% de médicos labora en más de un lugar, 35% en dos lugares, 18% en tres lugares, 3% en cuatro lugares y 1% en cinco lugares, siendo este último, el único caso representado en su totalidad por médicos de sexo femenino. (Ver cuadro No. 6 del departamento de Zacapa).

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el departamento se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de Estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, 36% ejerce en el Estado, 14% en institución autónoma, 23% en institución privada, 1% en ONGs y 28% en área no institucional.

En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que 97% se dedica a la clínica (64% de sexo masculino) y 3% se dedica a la práctica administrativa (66% de sexo masculino). (Ver cuadros No. 7 a 18 del departamento de Zacapa).

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el departamento, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

De los médicos entrevistados, 49% posee solamente licenciatura de Médico y Cirujano, 7% se encuentra realizando residencia, 54% especialización, 8%

subespecialización, 19% maestría y 2% doctorado. (Ver cuadro No. 19 del departamento de Zacapa).

En lo referente a la universidad que extendió el título de Médico y Cirujano, 95% es de la Universidad de San Carlos de Guatemala (66% de sexo masculino), 3% de la Universidad Francisco Marroquín (66% de sexo masculino) y 3% de universidades extranjeras.

El predominio de médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse tanto por la corta trayectoria de esta carrera en otras universidades del país como la Universidad Rafael Landívar y la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico, ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aún se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población. (Ver cuadro No. 20 del departamento de Zacapa)

Con referencia a los médicos que actualmente están realizando residencia, se encontró que 44% corresponde a médicos de sexo masculino. (Ver cuadro No. 21 del departamento de Zacapa).

La reducida cantidad de médicos realizando residencia en el departamento se debe a que sólo existen dos programas de residencia en el hospital modular de la cabecera.

La especialidad con mayor número de médicos es Ginecología y Obstetricia con 28% (70% de sexo masculino), seguida por Pediatría con 17% (60% de sexo masculino), Medicina Interna 13% (88% de sexo masculino) y 12% Cirugía (85% de sexo masculino). (Ver cuadros No. 22 a 31 del departamento de Zacapa)

De los médicos subespecialistas, 75% es de sexo masculino. Las subespecialidades encontradas son: Gastroenterología, Neurología, Cardiología, Cirugía Oncológica, Colposcopía, y Cirugía de Rodilla representado con 16% cada una. (Ver cuadros No. 32 a 41 del departamento de Zacapa)

Con respecto a las maestrías de los médicos, 22% corresponde a Políticas y Estrategias para la Salud (60% de sexo masculino), 22% a Salud Pública

(60% de sexo masculino) y 9% Administración de Hospitales y Recursos Humanos. El médico con maestría en Oftalmología corresponde al sexo masculino. El resto de las maestrías se distribuye equitativamente con 4% cada una. (Ver cuadros No. 42 a 51 del departamento de Zacapa)

La presencia de especialistas y médicos con maestría puede explicarse por la creciente demanda de la población hacia servicios de salud más especializados.

A nivel departamental se puede observar que más de 50% de los médicos se encuentra realizando residencia, cuenta con especialidad, subespecialidad o maestría; lo cual beneficia directamente a la población, ya que esto permite tener acceso a médicos especializados que brinden atención integral y personalizada según la patología, sin necesidad de trasladarse a la ciudad capital para acceder a los mismos. Sin embargo éstos siguen siendo insuficientes para cubrir las necesidades de la población.

Se encontró dos médicos con doctorado, uno en Nutrición y otro en Oftalmología. (Ver cuadros No. 52 a 61 del departamento de Zacapa)

No se encontró médicos con estudios de postdoctorado en el departamento. (Ver cuadros No. 62 a 71 del departamento de Zacapa).

El sistema de salud de Zacapa sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas, tanto económicas como académicas; esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la eficiencia del sector salud en el departamento de Zacapa mejore, se requiere tanto de recurso humano

médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.4.1 Limitaciones

Durante la realización del estudio en el departamento de Zacapa, se encontró algunas limitaciones, como la cantidad de médicos, disponibilidad de tiempo, deseo de colaborar con el estudio y ubicación de los mismos. Las cuales no permitían abarcar a varios profesionales en un periodo de tiempo corto, por lo que fue necesario utilizar varios días para la actividad. Fueron escasos los médicos que se negaron a participar y que fueron encuestados en otros departamentos, pero sí se presentaron casos. A nivel de municipios, la mayoría de las urbanizaciones carecen de señalización de calles y avenidas, lo que prolongó el tiempo en localizar las clínicas médicas y sanatorios. Otro inconveniente que se presentó, fue el difícil acceso hacia algunos municipios.

6.4.2 Discusión por Municipios

6.4.2.1 Cabañas

En este municipio, se encontró dos médicos para una población de 11,063[6] habitantes, lo que representa una proporción de 2 médicos por 10,000 habitantes y 0.0003 médicos por km^2. Todos los médicos accedieron a ser entrevistados, de ellos, 50% es de sexo femenino.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de

[6] Proyección para año 2008, INE

lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 23 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Esta discrepancia no es sólo cuantitativa sino también de distribución de personal ya que las cifras son menores en áreas rurales. (8,11)

Con respecto al estado conyugal de los médicos, se encontró una distribución equitativa entre soltero y casado, con 50% respectivamente.

Los dos médicos entrevistados poseen únicamente Licenciatura de Médico y Cirujano, ambos se dedican a ejercer esta profesión, residen y laboran en área urbana.

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos prefiere trabajar en área urbana. Esto se debe principalmente a factores como: oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Todo esto conlleva a una mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

El promedio de edad de los médicos es de 49 años, el médico de sexo femenino tiene 47 años y el médico de sexo masculino 51 años.

El 50 % de médicos de Cabañas labora en área estatal y el resto en área privada.

En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que todos ejercen la práctica clínica con una distribución equitativa de 50% de médicos de sexo femenino y masculino.

Todos los médicos son egresados de La Universidad de San Carlos de Guatemala.

A nivel municipal no se encontró médicos realizando residencia, ni con especialidad, subespecialidad, maestría, doctorado o postdoctorado.

El sistema de salud de Cabañas sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia de personal adecuado que atienda la necesidad de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la eficiencia del sector salud del municipio de Cabañas mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.4.2.2 Estanzuela

En este municipio, se encontró 2 médicos para una población de 10,881[1] habitantes, lo que representa una proporción de 2 médicos por 10,000 habitantes y 0.03 médicos por km^2.

[1] Proyección para año 2008, INE

Todos los médicos accedieron a ser entrevistados, de ellos, 100% de sexo masculino.

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el municipio, ya que no hay médicos de sexo femenino, lo cual no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto también a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 28 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Pero el problema no es sólo cuantitativo, sino también de distribución, ya que las cifras son menores en áreas rurales. (8,11)

La edad de los médicos entrevistados es de 29 y 56 años respectivamente. Ambos están casados y residen en el área urbana.

Esto demuestra la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial la que vive en zonas rurales, tenga mayor dificultad para acceder a los

servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

Todos ejercen la profesión de médico y cirujano y ninguno posee otra profesión.

Uno de los médicos entrevistados labora en dos lugares. La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En Estanzuela se observa que los médicos se dividen por igual en el subsector privado lucrativo y público. (91)

El 100% de médicos labora en área urbana. En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, 50% ejerce en el Estado, 50% en área no institucional.

En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que todos se dedican a la práctica clínica.

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como: oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. (115)

A nivel municipal se puede observar que todos los médicos cuentan con especialidad, siendo éstas Ginecología y Obstetricia y Pediatría, lo cual beneficia directamente a la población, ya que esto les permite tener acceso a médicos especializados que brinden atención integral y personalizada

según la patología, sin embargo éstos siguen siendo insuficientes para cubrir las necesidades de la población.

En lo referente a la universidad que extendió el título de médico y cirujano, todos los títulos provienen de la Universidad de San Carlos de Guatemala, esto puede explicarse tanto por la corta trayectoria de esta carrera en las otras universidades del país como la Universidad Rafael Landívar y la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico, ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aún se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

No se encontró médicos que estén realizando alguna residencia, estudios de maestría, doctorados y postdoctorados.

El sistema de salud de Estanzuela sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de Estanzuela mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como

oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.4.2.3 Gualán

En este municipio se encontró un total de 10 médicos, para una población total de 39,685[1] habitantes, lo que representa una proporción de 3 médicos por 10,000 habitantes y 0.011 médicos por km^2. En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. (8,11)

Existe un déficit de 89 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Pero está discrepancia no es sólo cuantitativa, es también de distribución de personal ya que las cifras son menores en áreas rurales. (8,11)

En cuanto a la edad de los médicos de sexo masculino, 56% pertenece al grupo etario de 41 – 60 años, siendo el promedio de edad de éstos de 49 años. El médico de menor edad cuenta con 38 años, mientras el de mayor edad con 57 años. Con respecto a los médicos de sexo femenino, el rango de edad predominante comprende entre los 41-50 años, con un promedio de edad de 47 años.

Con respecto al estado conyugal de los entrevistados se encontró un predominio de médicos casados con 89% seguido por el grupo de solteros con 11%.

[1] Proyección para año 2008, INE

También se encontró que todos los médicos residen en área urbana y ejercen su profesión como médico y cirujano. Ninguno de ellos posee otra licenciatura.

El 55% de los médicos labora solamente en un lugar, seguido de 33% que labora en 2 lugares y 11% lo hace en 3. El 22% de médicos de sexo femenino labora en uno y dos lugares respectivamente.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el municipio se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de Estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

Sin embargo, el municipio no cuenta con suficientes plazas de trabajo en los sectores autónomo y estatal, por lo que los médicos se concentran en el sector privado.

Todos los médicos laboran en área urbana, 56% corresponde a los médicos de sexo masculino. La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el municipio, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto también a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo

en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Además, las largas distancias hasta los servicios de salud. Todo esto se correlaciona con los datos obtenidos en este municipio donde la mayoría de médicos residen y laboran en los centros urbanos. (115)

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo. (2, 5, 17, 18)

En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, 22% ejerce en el Estado, 33% en institución autónoma y 45% en institución privada. No se encontró ningún médico laborando en el área no institucional u ONG´s. En lo referente al tipo de práctica profesional que se dedican los médicos, todos ejercen la práctica clínica.

En cuanto al grado académico que poseen los médicos entrevistados, 40% posee solamente licenciatura de médico y cirujano, de éstos 75% es de sexo femenino. No se encontró ningún médico realizando residencia, ya que en el municipio no existe un hospital regional o alguna otra entidad que cuente con programa de postgrado. El 30% posee alguna especialización, 10% subespecialización y 20% cuenta con

una maestría. No se encontró ningún médico con doctorado o postdoctorado en el municipio.

En lo referente a la universidad que extendió el título de médico y cirujano, 100% corresponde a la Universidad de San Carlos de Guatemala, de los cuales 56% son de sexo masculino. El que los médicos sean egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse por la corta trayectoria de ésta carrera en las demás universidades del país como la Universidad Rafael Landívar, la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aun se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

Del total de médicos especialistas, 67% corresponde a Ginecología y Obstetricia, uno de sexo femenino y otro de sexo masculino, seguido de 33% correspondiente a un pediatra de sexo masculino; todos ellos se dedican a la práctica clínica en el área urbana. El 67% de especialistas labora en el sector privado mientras 33% restante lo hace en el sector autónomo.

El médico con subespecialización en Colposcopía labora en área urbana y se dedica a la práctica clínica en una institución autónoma.

En cuanto a las maestrías, el total de médicos que cuenta con alguna, pertenecen al sexo femenino y laboran en área urbana. Su práctica prioritaria es de carácter clínico y la realizan en institución estatal.

El sistema de salud de Gualán enfrenta una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la

insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

6.4.2.4 Huité

En este municipio, se encontró un médico de sexo masculino, de 51 años, para una población de 9,370[1] habitantes, lo que representa una proporción de 1 médico por 10,000 habitantes y 0.01 médicos por km^2.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 26 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. El problema no es sólo de números, es también de distribución de personal, ya que las cifras son aún menores en áreas rurales. (8,11)

El déficit de médicos en el municipio de Huité, se correlaciona con los bajos índices de salud del país. Este fenómeno puede

[1] Proyección para año 2008, INE

ser consecuencia de la centralización de los servicios médicos en el área urbana y del déficit de recurso humano en Salud con el que cuenta el país. (117)

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el municipio, ya no hay médicos de sexo femenino. Lo cual no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

El estado conyugal del médico del municipio de Huité es casado.

El médico entrevistado reside y labora en área urbana, ejerce como médico y cirujano, no posee otra licenciatura y trabaja en un lugar, el cual pertenece al Estado, ejerciendo su práctica profesional de forma clínica y administrativa.

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Todo esto conlleva a la mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

El médico es egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala y posee una maestría en Políticas y Estrategias en Salud.

A nivel municipal no se encontró médicos realizando residencia, especialidad, subespecialidad, doctorado o postdoctorado.

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayor dificultad para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

El sistema de salud de Huité sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud del municipio de Huité mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.4.2.5 La Unión

En este municipio, se encontró 1 médico para una población de 27,425[1] habitantes, lo que representa una proporción de 0.4 médicos por 10,000 habitantes y 0.0004 médicos por km^2.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 68 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Además del déficit tan importante de médicos es importante mencionar la mala distribución de los mismos, ya que el 100% labora en el área urbana sin contar con médicos en las áreas rurales. (8,11)

El médico encontrado en el municipio pertenece al sexo masculino y cuenta con 54 años de edad.

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el municipio, ya que todos los médicos son de sexo masculino. Esto también a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

[1] Proyección para año 2008, INE

Este médico es casado y reside en área urbana. El médico ejerce la profesión de médico y cirujano, la cual es su única profesión. Labora solamente en un lugar y se dedica a la práctica clínica en institución de carácter estatal, la cual se localiza en el área urbana. No se encontró ningún médico desempeñando cargo docente, administrativo o de investigación.

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, el 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de trabajo, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para su familia, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional, además, las largas distancias hasta los servicios de salud. Todo esto explica la mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

Además, es importante la ausencia de instituciones estatales o autónomas que brinden servicios de salud a la población del municipio, ya que en el mismo se cuenta solamente con un centro de salud de carácter estatal y un consultorio del IGSS localizados en el casco municipal, aún cuando la mayor parte de la población habita en áreas rurales. (2, 5, 17, 18)

No se encontró ningún médico laborando en alguna institución privada, autónoma, ONG.
Este médico cuenta con una maestría en Salud Reproductiva. No se encontró ningún médico realizando residencia, con especialización, subespecialización, doctorado o postdoctorado.

Este médico egresó de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El sistema de salud de La Unión sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de La Unión mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.4.2.6 Río Hondo

En este municipio se encontró 3 médicos para una población de 17,629[1] habitantes, lo que representa una proporción de 2 médicos por 10,000 habitantes y 0.006 médicos por km^2. Los 3 médicos accedieron a ser entrevistados y todos corresponden al sexo masculino.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos

[1] Proyección para año 2008, INE

obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 41 médicos para cubrir a la población departamental, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Pero el problema no es sólo cuantitativo sino también de distribución de personal ya que las cifras son menores en áreas rurales. (8,11)

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el municipio, ya no se encuentran médicos de sexo femenino. Lo cual no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

Los médicos se ubican en tres rangos de edad equitativamente de 31 a 40 años, de 41 a 50 y de 51 a 60 años.

En relación al estado conyugal de los médicos del municipio, 67% de los entrevistados está casado. No hay médicos con estado conyugal de viudo, separado y unido.

Todos los médicos entrevistados residen y laboran en área urbana.

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos,

condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Todo esto conlleva a la mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana como lo hace el 100% de los médicos de Río Hondo. (115)

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

El 100% ejerce la profesión de médico y cirujano y ninguno de los entrevistados posee otra profesión.

El 67% de los médicos labora en más de un lugar, de ellos todos en tres lugares. La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el municipio se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de Estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, 33% ejerce en el Estado, 33% en institución privada y 33% en el área no institucional. En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que todos ejercen la práctica clínica.

De los médicos entrevistados, todos poseen solamente licenciatura de médico y cirujano. A nivel municipal se puede

observar que no hay médicos realizando residencia, ni con especialidad, subespecialidad o maestría; lo cual obliga a la población viajar a otros lugares para obtener atención de médicos especializados.

En lo referente a la universidad que extendió el título de médico y cirujano, 100 % es de la Universidad de San Carlos de Guatemala, esto puede explicarse tanto por la corta trayectoria de esta carrera en otras universidades del país como la universidad Rafael Landívar y la universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico, ya que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aún se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

El sistema de salud de Río Hondo sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de Río Hondo mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios

físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.4.2.7 San Diego

El municipio de San Diego cuenta con un médico que labora en el Centro de Salud, fue la única información que obtuvimos debido a que la doctora no colaboró con la investigación.

En el municipio no existen más doctores ya que se indago con el personal del Centro de Salud y con la comunidad del municipio.

6.4.2.8 Teculután

En este municipio, se encontró 8 médicos para una población de 16,102[1] habitantes, lo que representa una proporción de 5 médicos por 10,000 habitantes y 0.4 médicos por km^2. Todos los médicos accedieron a ser entrevistados, 75% es de sexo femenino.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 32 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Pero el problema no es sólo cuantitativo, es también de distribución de personal ya que las cifras son menores en áreas rurales. (8,11)

[1] Proyección para año 2008, INE

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 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. Esta política no se ve cumplida en el municipio, ya que predomina el sexo femenino, siendo una distribución no equitativa. (39, 105, 106)

Con respecto a los médicos de sexo masculino, 100% se ubica en el rango de edad de < 30 a 40 años de edad. En el caso de los médicos de sexo femenino, el rango predominante comprende de menores de 30 años.

En relación al estado conyugal de los médicos del municipio, 50% de los encuestados está casado, 38% es soltero. Los estados conyugales de viudo, separado y unido representa 12% del total.

Se encontró que 75% de los médicos entrevistados reside en área urbana. Dado que predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

El 100% ejerce la profesión de médico y cirujano y ninguno de los entrevistados posee otra profesión.

El 62% de los médicos labora en más de un lugar, de ellos 50% en dos lugares y 13% en tres lugares, siendo este último, el único caso representado en su totalidad por el sexo masculino.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el municipio se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

El 100% de médicos labora en el área urbana y de éste, 75% corresponde a médicos de sexo femenino. En relación a las instituciones en las que laboran los médicos, 25% ejerce en el Estado (50% médicos masculinos), 25% en institución privada, 12% en ONGs, ambos ocupados por el sexo femenino y 38% en el área no institucional (67% médicos femeninos). En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que 100% ejerce la práctica clínica y de ellos 75% es de sexo femenino.
Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como, oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Todo esto conlleva a mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

De los médicos entrevistados, 50% posee solamente licenciatura de médico y cirujano, 12% se encuentra realizando residencia, 12% especialización y 25% cuenta con maestría. Lo cual beneficia directamente a la población, ya que esto les permite tener acceso a médicos especializados que brinden atención integral y personalizada según la patología, sin necesidad de trasladarse hasta la cabecera

departamental para acceder a los mismos. Sin embargo, éstos siguen siendo insuficientes para cubrir las necesidades de la población.

En lo referente a la universidad que extendió el título de médico y cirujano, 88% es de la Universidad de San Carlos de Guatemala (71% de sexo femenino), 12% de universidades extranjeras siendo todos de sexo femenino.

La presencia en el municipio, de 88% de médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse tanto por la corta trayectoria de esta carrera en otras universidades del país como la universidad Rafael Landívar y la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico, que en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aún se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.
Con referencia a los médicos que actualmente están realizando residencia, se encontró un médico de sexo femenino realizando Dermatología. El reducido porcentaje de médicos realizando residencia en el departamento se debe a que sólo existe un programa de residencia, en el hospital INDERMA del municipio.

La especialidad con la que se cuenta es Ginecología y Obstetricia representada por 100% de sexo femenino.

No se encontró médicos con estudios de subespecialidad, doctorado y postdoctorado.

Las maestrías de los médicos del municipio son Epidemiología y AIEPI, representadas por ambos sexos equitativamente. La presencia de especialistas y médicos con maestrías puede

explicarse por la creciente demanda de la población hacia servicios de salud más especializados.

El sistema de salud de Teculután sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de Teculután mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.4.2.9 Usumatlán

En este municipio, se encontró un médico de sexo femenino de 51 años de edad, para una población de 10,299[1] habitantes, lo que representa una proporción de 1 médico por 10,000 habitantes y 0.009 médicos por km^2.

[1] Proyección para año 2008, INE

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia inferior de lo esperado a nivel nacional. Así mismo, existe una carencia de 25 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Pero el problema no es sólo cuantitativo, es también de distribución de personal ya que las cifras son menores en áreas rurales. (8,11)

El déficit de médicos en el municipio de Usumatlán, se correlaciona con los bajos índices de salud del país. Este fenómeno puede ser consecuencia de la centralización de los servicios médicos en el área urbana y del déficit de recursos humanos en Salud con el que cuenta el país. (117)

El médico reside y labora en el área urbana. Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como: oportunidades de promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Todo esto conlleva a la mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

Además, predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

El estado conyugal del médico del municipio de Usumatlán es soltero, posee la Licenciatura de Médico y Cirujano con una

especialidad en Epidemiología y Maestría en Políticas y Estrategias en Salud, ejerce esta profesión y labora en dos lugares, una de ellas es en institución estatal.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el municipio se observa que el subsector público es donde el médico labora. Pero la remuneración a nivel de Estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

La médica es egresada de La Universidad de San Carlos de Guatemala.

En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedica el médico, se encontró que se dedica a la clínica, a la docencia en la Facultad de Enfermería de Zacapa y en el campo administrativo.

A nivel municipal no se encuentro médicos realizando residencia, subespecialidad, doctorado o postdoctorado.

El sistema de salud de Usumatlán sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los

trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud del municipio de Usumatlán mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

6.4.2.10 Zacapa

En este departamento, se encontró 142 médicos para una población de 65,048[1] habitantes, lo que representa una proporción de 22 médicos por 10,000 habitantes y 0.2 médicos por km^2. Del total de médicos 91 accedieron a ser entrevistados, de ellos 67% es de sexo masculino.

En base a datos de la OPS en el Reporte Mundial de la Salud del año 2006; en el que se estimaba que en Guatemala existían 9.3 médicos por 10,000 habitantes, los datos obtenidos en el municipio muestran una tendencia superior de lo esperado a nivel nacional, sin embargo, existe una carencia de 57 médicos para cubrir a la población municipal, ya que la meta de la OMS es de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. Pero el problema no es sólo cuantitativo, es también de distribución de personal ya que las cifras son menores en áreas rurales. (8,11)

La OMS hizo el lanzamiento de la Década de los Recursos Humanos 2006 – 2015 a fin de que la comunidad global, durante los 10 años siguientes enfoque su atención en los

[1] Proyección para año 2008, INE

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. Esta política no se ve cumplida en el departamento, ya que la distribución de médicos de sexo masculino y femenino no es equitativa y no permite la inclusión de ambos sexos en el ámbito laboral. Esto también a consecuencia de la influencia cultural establecida, sobre todo en el interior del país, donde el hombre es quien más acceso tiene a la educación y de ellos un porcentaje mínimo a educación universitaria. (39, 105, 106)

Con respecto a los médicos de sexo masculino, 72% se ubica en el rango de edad de 41 a 60 años y 20% entre las edades de < 30 a 40 años. En el caso de los médicos de sexo femenino, el rango predominante comprende de 31 a 40 años.

El grupo de médicos de sexo masculino continúa trabajando después de los 60 años, a diferencia de los de sexo femenino. Esto se correlaciona con datos obtenidos a nivel nacional, donde la edad de jubilación sobrepasa a los 65 años, especialmente para la población masculina. (91)

En relación al estado conyugal de los médicos del municipio, 68% es casado y 26% soltero. Los estados conyugales de viudo, separado y unido representan 6% del total.

Se encontró que 99% de los médicos entrevistados reside en área urbana. Dado que predomina la tendencia a la concentración de las infraestructuras de salud en las zonas urbanas, lo que supone que gran parte de la población, en especial, la que vive en zonas rurales, tenga mayores dificultades para acceder a los servicios de salud lo que a su vez incrementa el costo en el acceso a la salud. (2, 5, 17, 18)

El 100% ejerce la profesión de médico y cirujano y ninguno de los entrevistados posee otra profesión.

El 58% de los médicos labora en más de un lugar, de ellos, 32% en dos lugares, 18% en tres lugares, 4% en cuatro lugares y 1% en cinco lugares, siendo este último el único caso representado en su totalidad por el sexo femenino.

La situación económica actual hace necesario laborar en más de un lugar. El sistema de salud por subsectores como el de la mayoría de países del istmo centroamericano, entre los que se encuentra el privado lucrativo, privado no lucrativo y público, da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector salud. En el municipio se observa que el subsector con mayor concentración de médicos es el privado lucrativo ya que la remuneración a nivel de Estado o autónoma no es suficiente para cubrir las necesidades económicas de los profesionales. (91)

Todos los médicos laboran en área urbana y de ellos, 67% corresponde al sexo masculino. En relación a las instituciones en que laboran los médicos, 34% ejerce en el Estado (68% médicos masculinos), 14% en institución autónoma (57% médicos masculinos), 21% en institución privada (68% médicos masculinos) y 31% en área no institucional (79% médicos masculinos).

En lo referente al tipo de práctica profesional a la que se dedican los médicos, se encontró que 97% ejerce la práctica clínica (67% de sexo masculino) y 3% labores administrativas (33% de sexo masculino).

Según las estadísticas del Banco Mundial de Desarrollo, 90% de los médicos, prefiere trabajar en el área urbana. Esto se debe principalmente a factores como: oportunidades de

promoción, acceso a otras formas de ingreso económico, buena educación para los hijos, acceso a servicios básicos, condiciones físicas del lugar de trabajo y acceso a continuar la formación profesional. Todo esto conlleva a la mayor tendencia a residir y laborar en el área urbana. (115)

De los médicos entrevistados, 21% posee solamente licenciatura de médico y cirujano, 8% realizando residencia, 45% especialización, 7% subespecialización, y 17% maestría.

A nivel municipal se puede observar que 76% de los médicos se encuentra realizando residencia, cuentan con especialidad, subespecialidad o maestría; lo cual beneficia directamente a la población, ya que esto les permite tener acceso a médicos especializados que brinden atención integral y personalizada según la patología, sin necesidad de trasladarse hasta la ciudad capital para acceder a los mismos. Sin embargo éstos siguen siendo insuficientes para cubrir las necesidades de la población. El reducido porcentaje de médicos realizando residencia en el municipio se debe a que sólo existen dos programas de residencia.

En lo referente a la universidad que extendió el título de médico y cirujano, 95% es de la Universidad de San Carlos de Guatemala (67% de sexo masculino), 3% de la Universidad Francisco Marroquín, (66% de sexo masculino) y 2% de universidades extranjeras, todos de sexo femenino.

La presencia en el municipio de 95% de médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala, puede explicarse tanto por la corta trayectoria de esta carrera en otras universidades del país como la Universidad Rafael Landívar y la Universidad Mariano Gálvez, así como la distinta orientación que inculca la Universidad Francisco Marroquín. Otro factor determinante es el económico, que

en Guatemala la educación superior impartida por una universidad privada aún se adquiere a un precio elevado, fuera del alcance de la mayoría de la población.

Con referencia a los médicos que actualmente están realizando residencia, se encontró una distribución equitativa entre ambos sexos.

Las especialidades con mayor número de médicos en el municipio son Ginecología y Obstetricia con 29% (83% de sexo masculino), Pediatría con 17% (57% de sexo masculino) y Cirugía 14% (83% de sexo masculino).

El 71% de médicos subespecialistas es de sexo masculino. Éstos se encuentran distribuidos en Cardiología, Cirugía Oncológica, Gastroenterología, Neurología, Neuroanestesiología, Cirugía de Rodilla y Colposcopía con 14% respectivamente.

Las maestrías de los médicos del departamento con mayor porcentaje, son Salud Pública con 35% (57% del sexo masculino), Administración de Recursos Humanos con 20% (75% del sexo masculino) y Políticas Estratégicas en Salud con 15%, en su totalidad de sexo masculino. El resto de las maestrías se distribuye equitativamente con 5% cada una.

La presencia de especialistas y médicos con maestrías puede explicarse por la creciente demanda de la población hacia servicios de salud más especializados.
Se encontró dos médicos con doctorado en Nutrición y Oftalmología, los cuales se encuentran distribuidos en ambos sexos equitativamente. No se encontró médicos con estudios de postdoctorado en el municipio.

El sistema de salud de Zacapa sigue enfrentándose a una serie de problemas en el tema de recursos humanos, tales

como la insuficiencia del personal adecuado que atienda la necesidades de salud de todos los sectores de la población, así como la migración del personal desde las zonas de más necesidad en salud hacia las zonas con mejores ofertas tanto económicas como académicas, esto se correlaciona con el Reporte Mundial en Salud del 2006, que identificó grandes desigualdades en la distribución de los trabajadores de salud, en la cual los países con una necesidad relativa menor de salud presentaban los porcentajes más altos de los trabajadores en salud, mientras que los países con los índices elevados de morbi-mortalidad, presentan la menor cantidad de médicos. (117)

Todo lo anterior demuestra que para que la efectividad y eficacia del sector salud en el municipio de Zacapa mejore, se requiere tanto de recurso humano médico calificado como oportunidad de desempeñar el trabajo otorgando espacios físicos como hospitales equipados y clínicas especializadas al alcance de toda la población.

7. CONCLUSIONES

7.1 Chiquimula

7.1.1 Demográficas

Laboran 142 médicos, lo que representa 4 médicos por 10,000 habitantes, 0.06 médicos por Km^2. El 75% pertenecen al sexo masculino, lo que representa una razón de 3:1 médicos/médica. El rango de edad predominante es de < 30 a 60 años para ambos sexos. 83% de los médicos se encuentra casado. El 98% reside en área urbana.

7.1.2 Laborales

El 99% de los médicos entrevistados ejerce la profesión de médico y cirujano. El 54% labora en más de un lugar. El 32% labora a nivel estatal y 45% a nivel no institucional. El 95% se de dedica a la práctica clínica y 4% a la administración, ninguno se dedica a la investigación.

7.1.3 Académicas

El 96% egresó de la Universidad de San Carlos de Guatemala. El 25% de los médicos posee sólo el título de médico y cirujano, 2% se encuentra realizando residencia, 28% posee título de en alguna especialidad, con predominio de Ginecología y Obstetricia y Medicina Interna, 3% subespecialización, 9% alguna maestría y menos del 1% posee algún doctorado. Ningún médico en el departamento posee título de postdoctorado.

7.2 Izabal

7.2.1 Demográficas

Laboran 117 médicos, lo que representa 0.32 médicos por 10,000 habitantes, 0.013 médicos por Km^2. El 79% pertenecen al sexo masculino, lo que representa una razón de 3.8:1 médicos/médica. El rango de edad predominante es de < 30 a 50 años para ambos

sexos. 67% de los médicos se encuentra casado. El 94% reside en el área urbana.

7.2.2 Laborales

El 99% de los médicos entrevistados ejerce la profesión de médico y cirujano. El 57% labora en más de un lugar. El 29% labora a nivel estatal, 47% a nivel no institucional y 2% en instituciones privadas. El 97% se dedica a la práctica clínica y 3% a la administración, ninguno se dedica a la investigación o docencia.

7.2.3 Académicas

El 96% egresó de la Universidad de San Carlos de Guatemala. El 29% de los médicos posee sólo el título de médico y cirujano, 11% se encuentra realizando residencia, 45% posee título en alguna especialidad, con predominio de Pediatría y Cirugía, 5% subespecialización, 9% alguna maestría. Ningún médico en el departamento posee título de doctorado, ni postdoctorado.

7.3 Petén

7.3.1 Demográficas

Laboran 112 médicos, lo que representa 3 médicos por 10,000 habitantes, 0.0031 médicos por Km^2. El 75% pertenece al sexo masculino, lo que representa una razón de 3:1 médicos/médica. El rango de edad predominante es de < 30 a 60 años para ambos sexos. El 69% de los médicos se encuentra casado. El 99% reside en el área urbana.

7.3.2 Laborales

El 98% de los médicos entrevistados ejerce la profesión de médico y cirujano. El 59% labora en más de un lugar. El 57% labora a nivel estatal y 26% a nivel privado. El 94% se de dedica a la práctica clínica, 1% a la investigación y 4% a la administración, ninguno se dedica a la docencia.

7.3.3 Académicas

El 94% egresó de la Universidad de San Carlos de Guatemala. El 41% posee sólo el título de médico y cirujano, 8% se encuentra realizando residencia, 34% posee título en alguna especialidad, con predominio de Ginecología y Obstetricia y Pediatría, 3% subespecialización, 6% alguna subespecialización y 11% posee alguna maestría. Ningún médico en el departamento posee título de doctorado y postdoctorado.

7.4 Zacapa

7.4.1 Demográficas

Laboran 119 médicos, lo que representa 6 médicos por 10,000 habitantes, 0.044 médicos por Km^2. El 64% pertenece al sexo masculino, lo que representa una razón de 1.8:1 médicos/médica. El rango de edad predominante es de 41 a 50 años para sexo masculino y de 31 a 40 años para el sexo femenino. 98% de los médicos se encuentra casado. El 98% reside en el área urbana.

7.4.2 Laborales

El 100% de los médicos entrevistados ejerce la profesión de médico y cirujano. El 57% labora en más de un lugar. El 35% labora a nivel estatal y 28% a nivel no institucional. El 97% se de dedica a la práctica clínica y 3% a la administración, ninguno se dedica a la investigación.

7.4.3 Académicas

El 95% egresó de la Universidad de San Carlos de Guatemala. El 26% de los médicos posee sólo el título de médico y cirujano, 4% se encuentra realizando residencia, 27% posee título en alguna especialidad, con predominio de Ginecología y Obstetricia y Pediatría, 4% subespecialización, 10% alguna maestría y 1% doctorado. Ningún médico en el departamento posee título de postdoctorado.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS):

8.1.1 Abordar la problemática de la baja cobertura de salud en los departamentos de Chiquimula, Izabal, Peten y Zacapa, ocasionada por la escasez de médicos, por medio de la implementación de las propuestas de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS); así como la creación de programas y la implementación de mejoras en lo que se refiere a equipo, infraestructura y salarios, para motivar de esta manera a los médicos a trabajar con dichas instituciones; y por ende mejorar los índices de salud a nivel tanto del departamento como a nivel nacional.

8.2 A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC):

8.2.1 Continuar formando profesionales médicos que den respuesta a las necesidades de salud de la población ubicada tanto en el área rural como en el área urbana, así como incrementar la participación de las universidades privadas en las mismas.

8.2.2 Iniciar una comunicación más estrecha con el Colegio de Médicos con el fin de facilitar la información a los estudiantes o a cualquier investigador que la solicite.

8.2.3 Continuar incentivando a los estudiantes de medicina para que realicen trabajos de investigación que aporten información de utilidad y actualizada.

8.3 Al Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala:

8.3.1 Utilizar la información obtenida en este estudio para la creación del Observatorio de Recurso Humano Médico en Salud y la actualización constante del mismo.

8.3.2 Colaborar con futuras investigaciones facilitando la información solicitada.

8.4 A la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala:

8.4.1 Continuar desarrollando trabajos de investigación que aporten información de utilidad a las instituciones de salud, gremios y universidades.

8.5 A los médicos:

8.5.1 Se recomienda la continuidad en sus estudios para ofrecer a sus pacientes una atención integral y actualizada.

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]. México: 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; vol 21 (No. 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 [en línea]. 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 del 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 [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 Salud, 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 [en línea]. 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 [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

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. [acceso 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.Org; 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]. México: 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 Córdoba; 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. Mexico: 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. [sed 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 Medico 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. 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 Púb; 2000; 8:43-54. [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). Política 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 análisis 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]. Enero 2008, [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. México: 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. Nacional machineries for women in development [revista en línea]. [s.l.]: OMS; Marzo del 2002. [Accesado el 21/2/08]. Disponible en: http://www.prbb.org/quark/27/027024.htm

81. Organización Panamericana de la SaludMS. 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 América; 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 Republica 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. Desafíos Nacionales, Taller Plan Decenal RRHH, 23- 25 agosto/2006. [internet]. Lima, Perú: [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 fFiscal 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 Día Mundial de la Salud, Crisis de Recursos Humanos de la Salud. REV. Médicos Hoy, Revista de la Confederacion Médica de la Republica de Argentina [Revista en línea] 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 Región de las Américas” [en líena] 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 acción. 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 línea], 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. Republica 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 Medica 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). P.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. [sede 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. [sede 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.C r/globalNet/global/administracion/gobierno/articulos/fernandoelizondo918.htm

152. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Plan de acción en salud 2006. [en líena]. 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 líena]. 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) p.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%20SOCIO ECONOMICO.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 Asistencia 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 Asistencia 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. 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 Al. 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]. México: 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 línea]. 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 Publica. 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. Diagnostico 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 Área. 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 Pública [revista en 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.pd

195. Normand C. Strengthening Public Health Human Resources in Europe: Meeting the Training Challenge. [revista en línea] 12th Annual EUPHA Meeting: Plenary Sessions, Oslo7-9 Octubre 2004. Oxford University Press Diciembre 2004. European Journal of Public Health, Volume 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+Salud+Informe+sobre+la+salud+en+el+Mundo&printsec=frontcover&source=web&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 Pública: 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. Mi Tecnológico [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/DesafiosCompetitivosRecursosHumanos

207. Arroyo J. Los sistemas descentrados de recursos humanos en salud: el caso del Perú, 1990-2005. Ciênc. saúde coletiva [periódico en la Internet], diciembre 2006 [citado 2008 febrero 20] 11(4): 1063-1072. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400027&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 Salud. [revista en línea]. Cuba: Revista Salud; 2007. [accesado 20 febrero 2008] Disponible en: http://www.who.int/csr/sars /country/2003_08_15/en/index.html

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 del 2007]. 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 línea]. 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 [publicado 5 de abril de 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. 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 América: 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=frontcover&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: ciudad 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]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000200011&script=sci_ artext.

245. Rodríguez Rouanet, F. Diccionario municipal de Guatemala. 2 ed. Guatemala: Fondo de Cultura;1996.

246. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística, INE. Departamento de análisis estadístico. Características generales de la población. [en línea] Censo 2002. [accesado 22 de febrero del 2008]. Disponible

en:http://www.ine.gob.gt/index.php?view=article&catid=42%3Ademografiaypoblacion&id=75%3Acenso2002&option=com_content&Itemid=64

247. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud, Departamento de Epidemiología. Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica: indicadores básicos de análisis de situación de salud, área de salud de Chiquimula. Guatemala: MSPAS, 2,006.

248. Prensa Libre. Chiquimula. Serie Semanal Mi Guatemala 4. Abr. 2008.

249. Concepción Las Minas. chucteros.com. [en línea]. [Accesado el 05 de mayo de 2008]. Disponible en: http://www.chucteros.com/

250. Chiquimula: La Perla de Oriente. Municipios de Chiquimula. [en línea]. [Accesado el 28 de abril de 2008]. Disponible en http://www.chiquimulaonline.com.

251. Prensa Libre. Viaje a Guatemala. Quetzaltepeque. [en línea] Guatemala 2008. [Accesado el 8 de mayo de 2008]. Disponible en: http://www.viajeaguatemala.com/Chiquimula/10582028505.htm.

252. Instituto Guatemalteco de Turismo. Destinos: Izabal. [en línea]. [Accesado el 24 de abril de 2008]. Disponible en: http://www.visitguatemala.com/nuevo/destinos_departamento.asp?id=8

253. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud, Departamento de Epidemiología: Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica: indicadores básicos de análisis de situación de salud, distrito de salud Izabal, Guatemala: MSPAS, 2006.

254. Petén, Dolores. Comunidades del Municipio de Dolores. Población e Infraestructura de Servicios. Petén: Oficina Municipal de Planificación, 2006.

255. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud, Departamento de Epidemiología, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica: indicadores básicos de análisis de situación de salud, distrito de salud Petén suroriental. Guatemala: MSPAS, 2006.

256. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud, Departamento de Epidemiología. Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica: indicadores básicos de análisis de situación de salud, distrito de salud Petén norte. Guatemala: MSPAS, 2006.

257. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud, Departamento de Epidemiología, Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica: indicadores básicos de análisis de situación de salud, distrito de salud Petén suroccidente. Guatemala: MSPAS, 2006.

258. Boiton F. Diccionario Geográfico de Guatemala, 2000. Guatemala: [s.n.], 2000.

259. Sistema de Información Municipal (SIM) de INFOPRESS Centroamericana. San Luis Petén. Boletín Informativo Municipal 6. Jun. 2007. [en línea]. [Accesado el 5 de mayo de 2008] Disponible en: http://www.inforpressca.com/sanluis/ubicacion.php

260. Instituto Guatemalteco de Turismo. Destinos: Zacapa. [en línea]. [Accesado el 24 de abril de 2008]. Disponible en: http://www.visitguatemala.com/nuevo/destinos_departamento.asp?id=8

261. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación. Guatemala 2002. [en línea]. [Accesado el 24 de abril de 2008]. Disponible en: http://www.ine.gob.gt/index.php?view=article&catid=42%3Ademografiaypoblacion&id=75%3Acenso2002&option=com_content&Itemid=64

262. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud, Departamento de Epidemiología. Memoria de Informática y Vigilancia Epidemiológica: indicadores básicos de análisis de situación de salud, distrito de salud Zacapa. Guatemala: MSPAS, 2007.

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? Si ☐ 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? . Si ☐ 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?

Fuente: Instrumento elaborado por investigadores.

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.

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		
		Número	Densidad por 1000	año	Número	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	38,485	0.54	2003	146,761	2.00	2004
55	El Salvador	7,938	1.24	2002	5,103	0.80	2002
56	Guinea Ecuatorial	153	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		
		Número	Densidad por 1000	año	Número	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		
		Número	Densidad por 1000	año	Número	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		
		Número	Densidad por 1000	año	Número	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)08]. Disponible en: (http://www.who.int/whr/2006/annex/en).

Anexo 6

Distribución de la fuerza de trabajo en salud a nivel mundial

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)

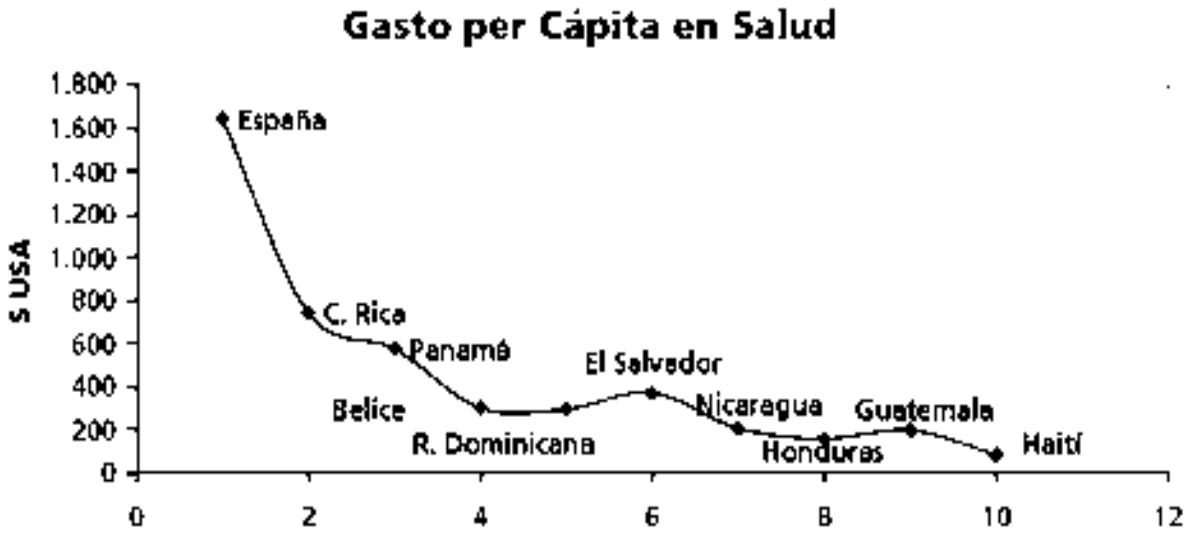
Anexo 7

Organización de los sistemas de salud en Centro América.

Belice	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua	Costa Rica	Panamá
Ministerio de Salud	Ministerio de Salud (MS)	Ministerio de Salud (MS)	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	Ministerio de Salud (MS)	Ministerio de Salud (MS)	Ministerio de Salud (MS)
Seguridad Social	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)	Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)	Instituto Salvadoreño de Seguridad Social	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS)	Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)	Instituto Panameño de Seguridad Social
Centros de Educación Superior	Centros de educación superior	Universidad Autónoma de Honduras	Centros de educación superior	Centros de educación superior	Centros de Educación Superior (públicos y privados)	Centros de Educación Superior
	Colegios profesionales	Colegios profesionales	Colegios profesionales	Colegios profesionales	Colegios profesionales	Colegios Profesionales
Organizaciones profesionales y laborales	Organizaciones profesionales y laborales	Organizaciones profesionales y laborales	Organizaciones profesionales y laborales	Organizaciones profesionales y laborales	Organizaciones profesionales y laborales	Organizaciones profesionales y laborales
Población				Usuarios del servicio		
Sociedad civil				Organizaciones no gubernamentales	Instituto Nacional de Seguros (INS)	
Ministerio de Educación				Agencias de cooperación	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (A y A)	
					Centro de Desarrollo Estratégico e Investigaciones de la Seguridad Social CENDEISSS	

Fuente: Informes nacionales 2005: Situación de los recursos humanos en salud, OPS.

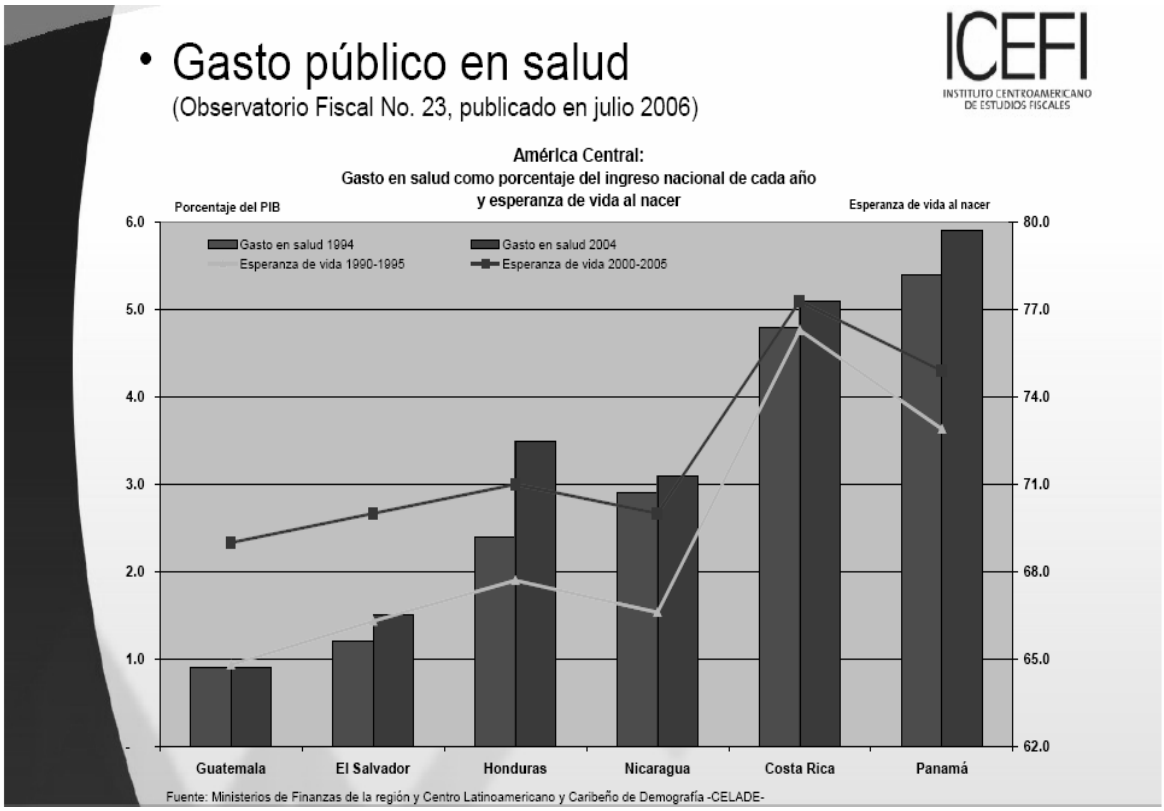
Anexo 8
Gasto per-cápita en salud en Latinoamérica



Fuente: Informes nacionales 2005: Situación de los recursos humanos en salud, OPS.

Anexo 9

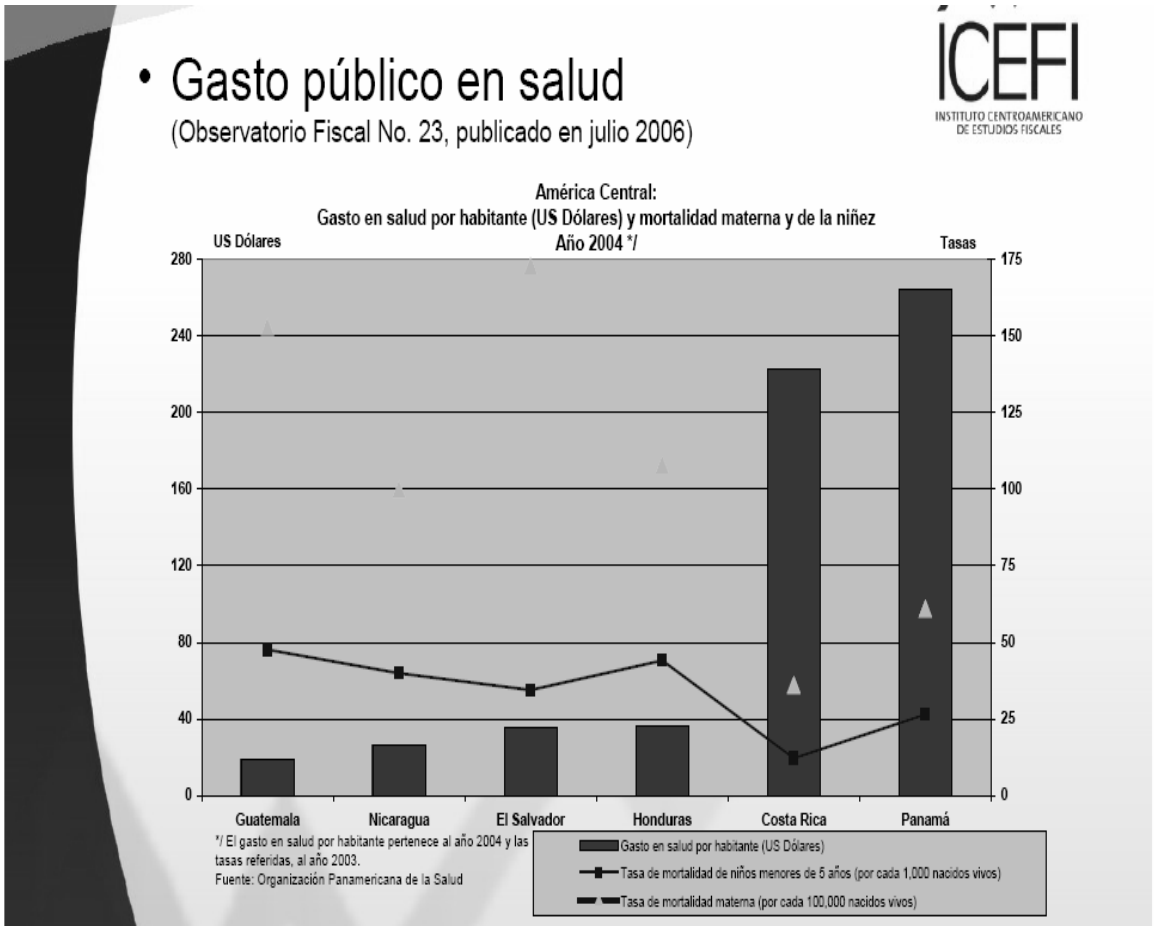
Gasto público en salud como porcentaje del ingreso nacional de cada año y esperanza de vida al nacer



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.

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	---	---	----

Fuente: Percepción de los problemas de salud por parte de las autoridades sanitarias. Condición económica para América Latina y el Caribe 2005.

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